

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 158

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Démètre BAISOIU

Né à Ramnicu Valcea (Roumanie) le 13 janvier 1883

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCUS DUODÉNAL

(Symptômes et Diagnostic)

Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

201

158

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Démètre BAISOIU

Né à Ramnicu Valcea (Roumanie) le 13 janvier 1883

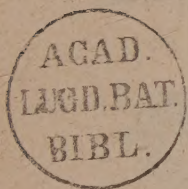
Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCUS DUODÉNAL

(Symptômes et Diagnostic)



Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE ET C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHAR
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RATHERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LEGÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A M. S. CARCALECHI

Ingénieur, Inspecteur général des Ponts et Chaussées.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

**Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Necker.**

À M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR FAISANS

M. LE DOCTEUR BARIÉ

M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

M. LE DOCTEUR BABINSKI

M. LE DOCTEUR E. SCHWARTZ

M. LE DOCTEUR P. CLAISSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR THIBIERGE

M. LE DOCTEUR A. MATHIEU

M. LE PROFESSEUR P. BAR

A MM. LES DOCTEURS J.-CH. ROUX ET
LABOULAIS

assistants de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'ULCUS DUODÉNAL
(Symptômes et Diagnostic)

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, les chirurgiens anglais et américains, dans toute une série de travaux, sont arrivés à attribuer à l'ulcus du duodénum une symptomatologie bien différente de celle qu'on lui reconnaissait en France, depuis le mémoire remarquable que Bucquoy, il y a vingt-cinq ans, avait consacré à ce sujet dans *les Archives générales de médecine* (1887). Ces nouvelles idées, appuyées sur un nombre considérable d'observations, avaient peu à peu gagné du terrain et s'étaient facilement imposées à l'attention des chirurgiens des différents pays. Un tableau clinique très caractéristique, permettant de faire un diagnostic précis à une période peu avancée de la maladie et d'éviter ainsi grâce à une intervention chirurgicale précoce nombre de complications redoutables, tels étaient les avantages que présentait la conception anglo-américaine,

exposée et défendue par MM. Ricard et Pauchet au XXIII^e Congrès international de chirurgie (octobre 1910). Mais, comme l'a si bien montré M.A.Mathieu, cette nouvelle conception fut reconnue comme ne répondant pas à la réalité des faits. On connaît et on décrit en effet, depuis longtemps en France, sous le nom de « syndrome pylorique » un ensemble de symptômes traduisant l'existence d'un ulcus pylorique ou juxta-pylorique, et répondant en tous points au tableau clinique que les chirurgiens anglo-américains attribuaient à l'ulcus duodénal. Il est donc légitime de conserver la dénomination française d'ulcus pylorique pour désigner une affection dont la symptomatologie, déterminée par le siège même de la lésion, est en rapport étroit avec le fonctionnement plus ou moins troublé du pylore, et par ulcus vrai du duodénum nous entendrions, suivant la définition de M. A Mathieu « l'ulcus siégeant à distance du pylore, en plein duodénum, sans aucun contact avec l'anneau pylorique, sans que celui-ci soit entamé par l'ulcération ou touché par un processus inflammatoire qui en dépend, et qui pourrait provoquer des phénomènes de sténose pylorique spasmodique d'origine réflexe. »

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre toute l'histoire clinique de l'ulcus vrai du duodénum ; mais à l'aide d'un certain nombre d'observations recueillies dans la littérature médicale de ces dernières années, tant française qu'étrangère, observations dont le diagnostic a eu un contrôle soit anato-

mique, soit opératoire, nous voudrions montrer que le tableau clinique de cette affection doit rester le même dans ses traits essentiels que celui tracé par Bucquoy en 1887 et qu'il ne répond pas à celui présenté par les auteurs anglais et américains dans leurs travaux récents sur cette question.

Après avoir dit un mot sur la fréquence de l'ulcus duodénal, nous en étudierons la symptomatologie, les formes cliniques et le diagnostic.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous tenons à remercier notre affectionné maître, M. A. Mathieu, à qui nous devons l'idée de ce travail, et à lui adresser l'expression de toute notre reconnaissance pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant notre dernière année d'externat que nous avons passée dans son service.

HISTORIQUE

C'est Gérard « chirurgien des hôpitaux militaires » qui, en 1804, le premier, observa dans la ville de Saint-Omar, sur le « directeur de la Comédie » une péritonite mortelle due à la perforation d'un ulcère du duodénum, situé à quatre lignes au-dessous du pyllore (cité par Darras, thèse de Paris, 1896).

Treize ans plus tard, Travers, relate en 1817, dans les *Medico-chirurgical Transactions* de Londres, deux autres cas d'ulcères perforés du duodénum, chez deux hommes de trente et de trente-cinq ans. Dans la thèse de Camille Broussais, parue en 1825 sur la « duodénite chronique » se trouve consigné un cas très intéressant d'ulcus duodénal terminé par une hémorragie intestinale mortelle, survenue très peu de temps après l'amputation d'un bras et presque en même temps, Royer (1825) et Robert (1828) relatent dans les *Archives générales de médecine*, deux autres cas mortels, par péritonite et par hémorragie. John Abercrombie, dans un article qu'il publie dans *Pathological and practical Research on Diseases of the stomach* (1830) insiste sur l'importance des douleurs survenant trois à quatre heures

après les repas, dans cinq cas d'ulcus duodénal, recueillis dans la littérature médicale. Mais ces faits passent inaperçus, et Cruveilhier dans ses travaux sur l'ulcère de l'estomac (de 1829 à 1838) mentionne à peine celui du duodénum. Rokitansky publie un nouveau cas en 1839 (*Med. Jahrb. des Oester Staates*) et, en 1856, paraît, à Zürich, la thèse inaugurale de Clauss sur les perforations du duodénum

C'est en 1861 que paraît le premier tableau d'ensemble sur l'ulcère duodénal; il est dû au Dr Klinger de Würzburg, travail publié dans les *Arch., f. physiol. Heilk.* (1861) et portant sur 13 cas, dont 3 personnels. Douze fois sur treize, le diagnostic n'avait été fait qu'à l'apparition d'une complication, péritonite ou hémorragie. De 1863 à 1865 paraissent à Berlin le mémoire de Falkenbach, *De ulcere duodenale chronico*, et, à Copenhague celui de Frier, *Ulcus corrosivum duodeni*. Krauss, dans une monographie, *Das perforierende Geschwür in duodenum* (1865) passe en revue 80 cas d'ulcères du duodénum et arrive aux mêmes conclusions que Klinger et Frier.

De 1865 à 1883, plusieurs thèses, sur ce sujet, sont soutenues devant la Faculté de médecine de Paris (Garnier, Morat, Teillais, Nidergang, Alloncle). Chvostek, en 1883, dans un mémoire qu'il publie dans *Allgem. Wien. mediz. zeit.* ajoute 8 cas personnels, aux 135 cas qu'il trouve dans différentes publications antérieures.

Mais on peut dire que, malgré tous ces travaux,

l'ulcus duodénal était presque inconnu jusqu'en 1887, et c'est à Bucquoy que revient le mérite d'en avoir tracé, dans un mémoire resté célèbre, publié dans les *Archives générales de médecine* (8), un tableau clinique remarquable, dont les faits récents ou les méthodes d'exploration nouvelles, n'ont en rien modifié l'exactitude.

Depuis, tant en France qu'à l'étranger, de nombreux travaux ont été publiés sur cette question ; les uns en ont précisé les détails anatomo-pathologiques, tels : la thèse d'Oppenheimer *Das Ulcus pepticum duodenale*, Wurtzburg, 1891 ; celle de Collin, *Étude sur l'ulcère simple du duodénum*, Paris 1894 ; le mémoire de Letulle (69) ; d'autres ont eu en vue, particulièrement certaines complications ; c'est ainsi que Houzé (1895) et Darras (1896) dans leurs thèses, Dieulafoy dans ses *Leçons cliniques* (1897) étudient les perforations au cours de l'ulcus latent du duodénum ; et en 1898 Schwartz présente à la Société de chirurgie de Paris un rapport sur 25 cas d'ulcères duodénaux terminés par une péritonite mortelle.

A partir de cette époque, l'histoire clinique de l'ulcus duodénal, commence à se séparer de celle de ses complications.

La description de Bucquoy était devenue classique, et tous les auteurs qui s'étaient occupé de cette question, avaient accepté les idées du médecin de l'Hôtel-Dieu. On s'accordait pour admettre la rareté relative de l'ulcère du duodénum, dont la symptomatologie offrait, malgré certaines obscurités, des

éléments suffisants pour permettre parfois de faire le diagnostic pendant la vie, et, en France, c'est cette conception qui dominait en somme, jusqu'à il y a une dizaine d'années.

En 1900 Weir présenta, à l'Américan surgical association, un rapport très détaillé sur des perforations duodénales, et, bientôt après, à la suite de nombreuses laparatomies exploratrices, les chirurgiens anglais et américains, les frères Mayo, de Rochester (83-84), Mayo Robson (86), Moynihan, de Leeds (91), Codman, de Boston (14) furent amenés à diagnostiquer la présence d'un ulcus duodéal dans un très grand nombre de cas et à admettre que l'ulcère siégeait bien plus fréquemment sur le duodénum que sur l'estomac ; ils arrivèrent en même temps à substituer au complexe symptomatique légèrement confus de cette affection, un tableau clinique très net, très caractéristique, permettant de la dépister avec une extrême facilité dès les premiers temps de son évolution, et de la différencier aisément de l'ulcère gastrique. Leurs affirmations, qui s'appuyaient sur des constatations directes faites au cours de plusieurs centaines d'interventions chirurgicales, eurent un grand retentissement.

En Allemagne, cette question fit l'objet de nombreuses publications [Ewald (31-32), Mendel (88), Melchior (87), Seyffart (114), Neudorfer (93-94), Sk. Kemp (59), Umber (126), Günzburg (44) Kühne (62)] et en France, au XXIII^e Congrès international de chirurgie, MM. Ricard et Pauchet viennent défendre, quoiqu'e

avec réserve, la conception des chirurgiens anglo-américains.

La question paraissait jugée et les idées de ces derniers auteurs étaient sur le point d'être admises partout, lorsque dans deux communications faites l'une à la Société de chirurgie de Paris (77), l'autre à la Société médicale des hôpitaux (78). M. A. Mathieu montra que le tableau symptomatique que les chirurgiens anglais et américains attribuaient à l'ulcère duodénal, et qu'ils considéraient comme si caractéristique, était depuis longtemps connu en France ; il appartenait en réalité à l'affection que dès 1901 les auteurs français Soupault et Hartmann avaient décrit sous le nom d'ulcus justa-pylorique. Les communications si documentées de M. Mathieu furent suivies de celle de M. Oettinger (95) qui apporta 4 cas nouveaux d'ulcus duodénal vrai, cas qui confirmaient les idées défendues par M. Mathieu.

Nous pensons pouvoir montrer, dans ce travail que c'est à l'ulcus duodénal de Bucquoy en effet qu'il faut réserver la dénomination d'ulcus vrai du duodénum.

FRÉQUENCE

L'ulcus du duodénum a toujours été considéré, jusqu'à ces dernières années, comme une affection relativement rare. Il y a lieu de distinguer à cet égard une fréquence générale et une fréquence relative.

Sur sa fréquence générale, ou d'autopsie, les auteurs sont ordinairement d'accord pour donner dans leurs statistiques des chiffres presque identiques.

C'est ainsi que Grünfeld (*Schmidt's. Jahr.* Bd. 198) sur 1.150 autopsies de malades morts de différentes affections trouvait une moyenne de 0,30 0/0 d'ulcus du duodénum.

Krug (*Inaug. dissert. Kiel*) sur 12.020 autopsies, 0,44 0/0.

Perry and Shaw (*Guy's Hosp.*, 1893) sur 17.652 autopsies, 0,40 0/0.

Power (Congrès de Lisbonne, 1906) arrive à la même proportion de 0,40 0/0.

Seyffart (114) sur 11.813 autopsies trouve 0,08 0/0 et Nekrasoff, (cité par Pewsner (101) sur 1.627 autopsies, 0,64 0/0.

En réalité, ces chiffres sont trop faibles, et concernent le plus souvent des ulcères perforés qui attirent forcément l'attention ; les ulcères guéris, ne laissant qu'une simple cicatrice, et à plus forte raison ceux dont les traces ne peuvent être décelées qu'à l'aide du microscope dans la tunique musculaire de l'intestin (Codman), passent facilement inaperçus.

Oberndorfers, (cité par Pewsner (101) qui, dans ses autopsies a toujours examiné très minutieusement l'estomac et le duodénum et toutes les cicatrices, qui s'y trouvaient donne la proportion de 5,6 o/o.

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de la fréquence opératoire et relative de cette affection par rapport à l'ulcère de l'estomac et l'on est frappé de la différence énorme qui existe à ce point de vue entre les statistiques des chirurgiens français et allemands d'une part et celles des chirurgiens anglais et américains d'autre part.

Tuffier qui apporta dans une séance de la Société de chirurgie de Paris (125) le résultat de sa pratique personnelle, portant sur seize années et comprenant 123 observations de sténose ou d'ulcère de l'estomac, n'a rencontré que 6 ulcérations franchement duodénales pour 31 ulcérations florides de la région pylorique.

A Malhieu (22) sur un total de 33 pièces soit d'autopsie (22), soit opératoires (11), recueillies depuis trois ans dans son service, a trouvé dans 29 cas une ulcération gastrique ou gastro-pylorique sans lésion ulcéreuse ou cicatricielle du duodénum, et dans

4 cas seulement une ulcération duodénale, et encore dans 3 de ces cas, la perte de substance entamait-elle le pylore, ce qui donne un cas d'ulcus duodénal pur sur 33 cas d'ulcus gastriques ou gastro-duodénaux.

Hartmann (45) en faisant le relevé de ses opérations tant à l'hôpital qu'en ville, a trouvé seulement 8 cas d'ulcus duodénal.

Delagenière fit à ce sujet, à la Société de chirurgie, une communication appuyée sur 14 cas d'ulcus du duodénum, opérés depuis 1900.

Ménétrier au Congrès de médecine de 1900, avait pu recueillir 11 ulcères de l'estomac et 4 du duodénum.

Jonnescó (XXIII^e Congrès de chirurgie de Paris) a eu à intervenir dans 8 cas d'ulcus duodénal, depuis 1906.

Les statistiques allemandes ne sont pas, à ce sujet, bien différentes des statistiques françaises.

Neundörfer (93), sur 100 opérations pour affections gastriques, a trouvé 8 ulcères du duodénum et 75 ulcères de l'estomac et Schmitt le même chiffre sur 62 cas.

Ewald n'avait fait opérer, en 1905, qu'un seul ulcus du duodénum sur 662 cas.

La statistique de la clinique chirurgicale de Heidelberg, portant sur un total de 3.900 opérations pratiquées depuis 1909, signale seulement 8 ulcères duodénaux (Neundörfer).

Günsbourg (44) a observé, au cours de ces dix der-

nières années, 18 cas d'ulcère duodénal (17 hommes et 1 femme).

Sasse en a opéré 6 cas, dont 4 perforés.

Il résulte de toutes ces statistiques, que l'ulcus duodénal est une affection rare. D'après Collin (15) il serait quinze fois moins fréquent que l'ulcus gastrique, mais il est certain que cette proportion est trop faible.

Pour Menetrier, Caussade, Parmentier, Gouget, qui surveillent d'une façon attentive toutes les autopsies de leur service, l'ulcus du duodénum serait environ cinq fois moins fréquent que l'ulcus gastrique (Souligoux, 119). C'est la proportion qui résulte également de la statistique de Tuffier (31 pour 6). Celles de Neundorfer (93) et de Schmitt donnent 8 ulcères de l'estomac pour 1 duodénal.

Sans pouvoir arriver à fixer un chiffre trop précis, on peut dire que d'une façon générale, l'ulcus du duodénum est huit à dix fois moins fréquent que l'ulcère de l'estomac.

Si, dans les statistiques des chirurgiens français et allemands, les cas d'ulcus du duodénum qu'ils ont vus et opérés dépassaient rarement une dizaine pour chaque chirurgien, il n'en est plus de même en Angleterre et en Amérique, et les chirurgiens de ces différents pays fournissent des statistiques autrement puissantes.

Moynihan (91) rapporte les résultats de 187 interventions chirurgicales pour des ulcères soit de l'estomac, soit du duodénum; cent trente-neuf fois le

duodénum seul était ulcéré ; et quarante-sept fois l'estomac et le duodénum ; il arrive à la conclusion que l'ulcus duodénal existe dans 95 o/o des cas.

Codman (14) considère que la fréquence de l'ulcus duodénal est deux fois plus grande que celle de l'ulcus de l'estomac.

Les frères Mayo (84) sur 621 cas d'ulcères opérés jusqu'en janvier 1911, trouvent 201 (32 1/2 o/o) ulcères gastriques et 401 (64 1/2 o/o) ulcères duodénaux.

Graham (41) opéra, depuis 1903, 163 ulcus du duodénum, et Mitchell (89) 50 dans l'espace de dix-huit mois.

Mayo Robson (85) affirme de même que la proportion de l'ulcus gastrique à l'ulcus duodénal est de 1 à 2.

Alexis Thompson (122) trouve, sur une série de 50 cas, vingt-deux fois un ulcus duodénal et vingt-huit fois un ulcus gastrique.

En résumé, pour les chirurgiens anglo-américains, l'ulcus du duodénum est bien plus fréquent que l'ulcus gastrique.

Comment comprendre cette différence entre les statistiques des chirurgiens français et allemands d'une part, anglais et américains d'autre part ?

MM. Ricard et Pauchet, dans leur rapport au XXIII^e Congrès de chirurgie, l'expliquent de la façon suivante :

1° L'ulcus du duodenum est bien plus fréquent en

Angleterre et en Amérique, que dans les autres pays;

2° En France le diagnostic n'est fait que tardivement, lorsqu'une complication est déjà survenue; en Amérique, par contre, on intervient à une période beaucoup plus récente de l'ulcération, grâce à une parfaite connaissance de sa symptomatologie, qui permet ainsi de faire un diagnostic précoce.

Si cette explication était exacte, on pourrait se demander, avec M. Mathieu, si l'ulcère du duodenum ne guérit plus facilement que l'ulcus de l'estomac, puisqu'en France, on le retrouve beaucoup moins souvent à une phase avancée?

En effet « dans les constatations anatomiques directes faites par les auteurs français à une période tardive de l'évolution de la maladie, la proportion entre la fréquence de l'ulcus gastrique ou pylorique et celle de l'ulcus duodénal est bien différente de celle que donnent les chirurgiens américains ».

En réalité, comme l'a montré M. Mathieu, ce désaccord est dû à ce que les auteurs anglais et américains ont compris sous le nom d'ulcus du duodenum, des faits qui, en France, sont décrits comme appartenant au groupe d'ulcus pylorique et juxta-pylorique.

Pour éviter des redites inutiles, nous exposerons cette question, en traitant du diagnostic différentiel de l'ulcus duodénal.

SYMPTOMATOLOGIE

« La symptomatologie de l'ulcus duodénal est remplie de lacunes ; les signes positifs font le plus souvent défaut, et le diagnostic reste enveloppé d'obscurités et ne se fait souvent qu'à l'autopsie. » C'est ainsi que s'exprimait Bucquoy en 1887, et tous les auteurs qui, après lui, se sont occupés de cette question, n'ont fait que répéter la même formule. A la suite des travaux des chirurgiens anglo-américains, l'ulcus duodénal paraît devenir une affection, en même temps que fréquente, très facile à diagnostiquer, possédant une symptomatologie des plus caractéristique, se résumant tout entière dans l'interrogatoire du malade. En réalité, le tableau si clair et si net que les chirurgiens anglais et américains ont attribué à l'affection qui nous occupe, appartient à l'ulcus pylorique, comme nous l'avons déjà dit, et comme nous le montrerons encore à propos du diagnostic ; l'ulcus vrai du duodenum restant toujours une affection rare et difficile à diagnostiquer.

Dans un premier chapitre, nous étudierons chaque symptôme pris à part ; ensuite, en nous appuyant

sur les observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale, nous essayerons de décrire un certain nombre de formes cliniques qui nous ont paru répondre à la réalité des faits.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES SYMPTÔMES DE L'ULCUS DUODÉNAL

Douleur. — Un des symptômes les plus importants de l'ulcus du duodénum et dont la valeur diagnostique est très grande, c'est la douleur. Elle est très différente dans ses manifestations.

Son *intensité* est des plus variables. Il y a des cas dans lesquels elle manque complètement, l'ulcus restant silencieux et ne se révélant que par une complication : perforation ou hémorragie ; mais en réalité ces cas sont assez rares, et le plus souvent on trouve dans les antécédents des porteurs d'ulcus des phénomènes vagues et mal définis de « digestions difficiles », de « dyspepsie ».

Lorsque la douleur existe, elle consiste quelquefois en simples malaises ; les malades éprouvent une sensation de gêne, de pesanteur, de poids, de ballonnement du ventre, de barre transversale, malaises agaçant surtout par leur ténacité, mais parfaitement supportables. Ces troubles vagues

peuvent, rarement, garder le même caractère pendant toute l'évolution de la maladie ; mais, le plus souvent, ils ne sont que l'entrée en scène de phénomènes plus intenses, et ce sont les douleurs proprement dites qui véritablement font souffrir les malades.

Simple brûlure quelquefois, dans d'autres cas ces douleurs sont décrites comme une sensation de crampe, de tiraillement, de déchirement, de torsion ; ce sont des douleurs vives, intenses, déchirantes, qui par leur violence obligent les malades à abandonner leurs occupations et à s'aliter ; leur intensité enfin peut être telle « que l'on voit le patient se plier sur lui-même, les genoux ramenés sur le tronc, le corps couvert d'une sueur froide, exprimer sa souffrance par des cris ou des plaintes continuelles » (Bucquoy).

SIÈGE DE LA DOULEUR. — Il faut distinguer la douleur que le malade accuse spontanément et celle que le médecin provoque par l'exploration méthodique de l'abdomen.

a) *Douleur spontanée.* — En général son siège est localisé par le malade dans la région épigastrique (obs. I, II, IV, V, VII, VIII, X, XII, XIV, XIX, XX, XXI) ; dans d'autres cas elle débute directement dans l'hypochondre droit, sous les fausses côtes (obs. VI, XV, XVII, XVIII) ; exceptionnellement elle peut siéger dans la fosse iliaque droite (obs. XIII, XVI) ou dans l'hypochondre gauche (obs. XI). Elle ne reste pas circonscrite dans

les limites que nous venons d'indiquer, mais elle se propage dans une étendue plus considérable ; lorsqu'elle naît à droite, elle peut diffuser dans tout l'abdomen (obs. XVI), mais l'irradiation la plus fréquente et la plus caractéristique, c'est vers le côté droit ; elle peut aussi retentir vers la base droite du thorax (obs. II), vers l'épaule droite (obs. I), dans la région sous-hépatique (obs. III), dans le voisinage de la vésicule biliaire (obs. VI) vers le sternum (obs. V) ; parfois elle peut irradier dans d'autres directions : dans les deux hypochondres (obs. VIII, IX, X), dans la région dorsale (obs. VIII) dans le bras droit (Sk. Kemp (59), dans la cuisse droite (Seyffart (114).

Bucquoy relate un cas dans lequel la douleur irradiait avec une intensité extrême dans l'épaule gauche ; Trier a signalé des phénomènes réflexes d'une grande violence (névralgies et convulsions). Enfin Mayne a publié un exemple de ces phénomènes réflexes sous forme de dyspnée et sensation de suffocation.

Bucquoy regarde ces phénomènes comme le résultat du retentissement à distance de l'inflammation de la séreuse péritonéale.

Ce qu'on n'observe pas au cours de l'ulcus duodénal, c'est la douleur constrictive de la base du thorax, si fréquemment accusée pendant les paroxysmes de l'ulcus pylorique ou juxta-pylorique, douleur due au spasme du pylore (A. Mathieu).

On considère comme très significative l'absence au

cours de l'ulcus du duodénum, de la douleur transfixante, douleur « en broche », par opposition avec sa fréquence au cours de l'ulcus gastrique ; on sait actuellement que dans ce dernier cas, cette irradiation n'est pas aussi constante qu'on l'a dit, et dans les observations de M. A. Mathieu, elle n'existait qu'une fois sur dix (*Pathologie gastro-intestinale*, 2^e série.)

Par sa fréquence, l'irradiation de la douleur vers la droite constitue un élément de diagnostic très important dans l'histoire clinique de l'ulcus duodénal. On la trouve signalée, en effet, dans presque toutes les observations ; elle ne fait défaut qu'exceptionnellement (obs. VII).

b) La douleur provoquée par l'exploration de l'abdomen, sera décrite avec les signes physiques.

MOMENT D'APPARITION DE LA DOULEUR ; SES RAPPORTS AVEC L'ALIMENTATION. — Les douleurs au cours de l'ulcus duodénal se produisent sous forme de crises, d'une durée plus ou moins longue, et revenant à des intervalles plus ou moins éloignés.

Durant la période de crise, les douleurs peuvent être continuelles ou bien, ce qui est le cas le plus fréquent n'apparaître qu'à certains moments de la journée, et en général c'est deux à trois heures après l'ingestion des aliments qu'elles se produisent (rarement plus tôt : une demi-heure, dans un cas de Moynihan, et, obs. XIX ; ou plus tard : cinq heures obs. XV) ; mais elles ne surviennent pas nécessairement après tous les repas ; comme dans l'ulcus gas

trique du reste, le petit déjeuner est bien toléré et c'est dans l'après-midi qu'elles atteignent leur paroxysme ; très souvent elles se montrent également la nuit, quelquefois particulièrement violentes, et réveillent les malades vers minuit.

Leur durée est variable. Pendant les premières phases de la maladie, ou en dehors des grandes crises paroxystiques, au bout d'une demi-heure à une heure les douleurs se calment quelquefois subitement (obs. XV), le plus souvent progressivement. Ultérieurement, elles durent plus longtemps, leur horaire est beaucoup moins fixe, et elles sont moins bien influencées par l'ingestion des aliments (Mathieu).

Le soulagement des douleurs par l'alimentation est considéré par les chirurgiens anglo-américains comme caractéristique de l'ulcus duodenal ; ils décrivent même comme presque pathognomonique de cette affection, la douleur violente que les malades éprouvent tardivement et qu'ils calment par l'ingestion d'un biscuit ou d'un verre de lait (Hungerpain). L'importance de ce symptôme, au point de vue du diagnostic, a été contesté par tous les auteurs comme appartenant à un grand nombre d'autres affections ; on le rencontre particulièrement dans l'hyperchlorhydrie.

Du reste dans l'ulcus duodénal, lorsque les douleurs prennent un caractère particulier d'intensité, les malades évitent au contraire de prendre tout aliment (Oettinger).

La crise ainsi constituée, peut durer plus ou moins

longtemps : quelques jours, quelques semaines, quelques mois même ; ensuite soit spontanément soit à la suite d'un traitement bien institué, elle disparaît, pour réapparaître après un intervalle variable de bonne santé : les chirurgiens anglais et américains ont insisté sur l'influence du refroidissement sur la réapparition des crises, qui présenteraient ainsi une recrudescence particulièrement en automne.

Les périodes de rémission deviennent moins franches et de plus courte durée, dans une période avancée de la maladie, à mesure que des adhérences se produisent entre l'ulcus et les organes voisins.

Tels sont les caractères essentiels de la douleur, au cours de l'ulcus duodénal : Nous les résumons dans les lignes suivantes :

D'intensité variable, tantôt légère, tantôt très vive, elle survient par crises intermittentes ; au cours d'une crise, elle est caractérisée par son siège circonscrit dans la région duodénale, et par son irradiation vers le côté droit ; elle est provoquée par la palpation à droite de la ligne médiane, dans la direction de la région pylorique et vésiculaire ; elle apparaît en général deux à trois heures après les repas ; calmée au début par l'ingestion des aliments elle n'en est plus tard que peu influencée ou même aggravée.

Les crises, très espacées au début, se rapprochent ensuite pour finir par être constituées par une douleur presque continue, présentant des paroxysmes à horaire plus ou moins tardif.

La pathogénie de la douleur a été diversement

interprétée : quelques auteurs ont admis comme cause principale, l'irritation de la plaie ulcérée, au moment où elle vient en contact avec le suc gastrique hyperacide, lors de son passage dans le duodénum.

C'est l'opinion défendue par Pilcher (104) à la suite d'une série d'expériences ; cet auteur admet que l'ulcus duodénal excite de façon réflexe l'hyperacidité du suc gastrique, hyperacidité qui est à son apogée une à quatre heures après les repas. L'acide chlorhydrique ainsi sécrété passe comme tel dans le duodénum, mais il ne peut pas y être neutralisé par le suc duodénal, qui s'y trouve en trop faible quantité, le duodénum étant vide à ce moment-là.

L'ingestion d'un aliment quelconque au moment de la douleur, la calme, en déterminant par voie réflexe une hypersécrétion du suc duodénal, alcalin, qui neutralise ainsi le suc gastrique hyperacide.

Moynihan avait émis la même hypothèse pour expliquer les douleurs tardives ; quant à leur disparition sous l'influence de l'ingestion des aliments, il pensait qu'elle était due à la fermeture du pyloré, qui empêchait ainsi le suc gastrique de venir en contact avec l'ulcère. Hertz a démontré que cette explication ne pouvait pas être admise ; cet auteur a vu, à l'examen radioscopique, chez un malade porteur d'un ulcus duodénal, vérifié par l'intervention chirurgicale, un repas bismuthé, franchir le pylore quelques minutes seulement après son ingestion, les douleurs n'ayant apparu que bien plus tard.

Thompson (122) pense que la cause de la douleur

doit être cherchée dans le péristactisme exagéré de la paroi duodénale ; il fait remarquer, que l'ulcus qui provoque les douleurs les plus vives, c'est l'ulcus calleux, ayant contracté des adhérences périphériques ; l'ulcus récent, dont les bords sont peu infiltrés, et qui devrait réagir mieux à un suc hyperacide, étant généralement insensible. L'auteur cite 4 cas, dans lesquels l'examen du suc gastrique avait montré l'absence complète de l'HCl libre. Dans les 4 cas, les douleurs avaient été très violentes.

Cette interprétation nous paraît très acceptable ; elle présente du reste une grande analogie avec celle qui cherche à expliquer ce qui se passe dans l'ulcus pylorique ; on sait que dans ce dernier cas la douleur est due à une contraction spasmodique du pylore ulcéré.

Hémorragies. — Qu'elles se traduisent par des hématomèses ou par du melaena, les hémorragies représentent un des éléments les plus importants dans la symptomatologie de l'ulcus duodénal.

Pour Moynihan (91) elles devraient être rangées parmi les complications les plus redoutables de cette affection, complications qu'il faudrait toujours savoir prévenir par une intervention chirurgicale précoce.

Pour Ricard et Pauchet (109) « seule l'hémorragie décelée par l'examen coprologique constitue un symptôme, les hématomèses et le melaena, si modérés soient-ils, constituent une complication ».

« L'hémorragie est un symptôme habituel, dit A. Mathieu (80) ; ce n'est pas à vrai dire une com-

plication de l'ulcus duodénal. Cependant elle pourrait être considérée comme telle en raison de son abondance, de sa répétition et de sa continuité. »

Pour Tuffier (Soc. de chirurgie, mars 1905) toutes les hémorragies, doivent être classées parmi les symptômes, quels que soient leurs caractères.

Nous pensons qu'il vaudrait mieux considérer comme complications, seulement les hémorragies foudroyantes, résultant de l'ouverture d'un gros vaisseau (aorte, artère pancréatico-duodénale, artère hépatique); et ceci nous paraît d'autant plus logique que, par la soudaineté de leur apparition, leur extrême gravité, et leur évolution clinique, ces hémorragies se rapprochent d'une des complications les plus graves de l'ulcus duodénal : la perforation.

Il est très difficile d'établir la fréquence des hémorragies ; en effet, très souvent, elles ne peuvent être reconnues que par l'examen chimique des fèces, qui n'est pas toujours pratiqué, et ne se manifestent par aucun signe clinique appréciable.

Krauss les signale vingt fois sur 70 cas ; Oppenheimer, dans 30 o/o des cas ; Perry and Shaw, 26 fois sur 60 cas ; Nothnagel dans un tiers des cas et Penwick 26 o/o dans les cas aigus, et 40 o/o dans les cas chroniques.

Mais comme le font remarquer Ricard et Pauchet, le plus souvent, dans tous ces cas, le diagnostic n'ayant été fait que sur la table d'autopsie, toute la première phase de la maladie avait passé inaperçue.

Moynihhan les signale dans un tiers des cas. Elles

existaient 26 fois sur les 36 observations que nous avons recueillies.

Le sang résultant d'une hémorragie produite à la surface de l'ulcération duodénale, a tendance à s'échapper dans le sens du péristaltisme, c'est-à-dire vers l'intestin, et à être expulsé par les selles, sous forme de melœna ; une partie cependant peut refluer vers le pylore et l'estomac et se traduire par un vomissement de sang.

Les hémorragies melœniques sont bien plus importantes que les hématémèses ; et l'absence ou la rareté de ces dernières par rapport aux premières, pourrait constituer une présomption pour la localisation sous-pylorique de l'ulcération. Mais il n'y a là rien d'absolu, et il n'est pas rare de voir des ulcères gastriques se traduisant par de très fortes enterorragies, les vomissements de sang étant très modérés, et d'autre part il y a des exemples (obs. XXXI, XXXII) d'ulcus du duodénum dans lesquels des hématémèses répétées et très abondantes constituaient l'élément prédominant. Si donc les hémorragies au cours de l'ulcus duodénal ont une valeur de premier ordre pour le diagnostic de l'ulcération, elles fournissent des renseignements moins précis en ce qui concerne la localisation même de la lésion.

a) HÉMATÉMÈSES. — Elles ne sont pas très rares ; nous les trouvons signalées dans 15 observations sur 28 dans lesquelles des hémorragies sont notées. Oppenheimer trouve sur 34 cas huit fois des héma-

témèses sans melœna ; 16 fois des hématomèses et du melœna, et 10 fois du melœna seulement.

Elles accompagnent le plus souvent les hémorragies melœniques, tantôt les précédant de quelques heures, quelques jours même (obs. I, IV, XXXV) tantôt se produisant simultanément (obs. XXIX, XXXIII).

Leur fréquence paraît être en rapport avec l'abondance de ces dernières. Cette règle pourtant n'est pas absolue et dans trois observations (XXXI, XXXII, et XXXVI) malgré plusieurs fortes hématomèses, les malades n'avaient jamais présenté du melœna appréciable à l'œil nu : dans un seul cas (obs. XXXI) seule la réaction de Weber, positive à deux reprises différentes, avait montré la présence de l'hématine dans les fèces.

D'une manière générale, elles ne sont pas très violentes ; quelquefois, on ne note qu'un simple vomissement légèrement sanglant (obs. XIX) ; dans d'autres cas, il s'agit de véritables hématomèses presque toujours noires, renfermant des caillots de sang (obs. I, XXXIII).

En général elles se produisent à la suite de paroxysmes douloureux, mais elles peuvent également surprendre le malade en pleine santé (obs. XXXII, XXXIV), et la brusquerie de leur apparition constitue une présomption en faveur de la localisation duodénale de l'ulcération.

b) HÉMORRAGIES MELœNIQUES. — Suivant le degré du processus destructif de la muqueuse et suivant

le nombre et le volume des vaisseaux ulcérés, ces hémorragies peuvent revêtir trois formes :

- 1° Hémorragies occultes ou chroniques ;
- 2° Hémorragies aiguës ;
- 3° Hémorragies graves et foudroyantes.

1° *Hémorragies occultes.* — L'hémorragie est trop peu abondante, et le sang, épandu d'une manière intermittente dans le duodénum, ne sera mélangé qu'en trop faible quantité aux fèces, pour en déterminer un changement notable de coloration. Ces faibles hémorragies, ne peuvent être reconnues que grâce à certains procédés microscopiques, physiques et surtout chimiques, qui permettent de déceler la présence de l'hématine dans les matières fécales (voir examen coprologique).

M. Oettinger (95) fait remarquer que la présence des hémorragies occultes, au cours de l'ulcus duodénal, est moins grande qu'au cours de l'ulcus gastrique ; la raison en est « que l'ulcus duodénal est moins irrité, moins en contact avec les matières alimentaires que l'ulcus gastrique ; il siège dans une région de passage et par ce fait le suintement sanguin continu est moins constant et se mêle moins avec la masse du bol alimentaire ».

Pour Ewald (32) au contraire, elles sont tellement fréquentes, que « leur absence, même lorsque les autres signes existent, doit faire douter du diagnostic ». Mais pour pouvoir juger de la présence ou de l'absence des hémorragies occultes, il faut procéder à la recherche de l'hématine dans les fèces par

des réactions successives et fréquemment répétées. Pewsner (101) cite un cas dans lequel la réaction de Weber fut négative pendant huit jours consécutifs ; le neuvième jour, survint une hémorragie très abondante.

Par leur persistance ou par leur répétition, ces hémorragies peuvent amener une anémie profonde et un amaigrissement rapide des malades ; « on devrait se faire une règle de penser toujours à un ulcus duodénal, en présence d'une anémie grave, lorsqu'on ne peut pas donner une autre explication de ce symptôme » (Sk. Kemp. 59).

2° *Hémorragies aiguës.* — Bien plus fréquentes sont les hémorragies aiguës, visibles à l'œil nu, sans l'aide d'aucune réaction chimique. Se produisant lorsque l'ulcus atteint la couche musculaire où serpentent des vaisseaux volumineux, elles se traduisent par la présence de selles noires, foncées, se répétant à intervalles plus ou moins éloignés.

Leur intensité est très variable, et, suivant l'abondance du sang évacué, tantôt l'hémorragie ne se manifestera que par la coloration foncée des fèces (obs. XVII, XXII, XXIV) tantôt elle sera accompagnée d'un cortège symptomatique, d'autant plus grave que la quantité de sang sera plus grande (obs. XXVI à XXXVI).

Très souvent, l'hémorragie survient brusquement et surprend le malade en pleine santé (obs. XXVI, XXIX, XXXIV) ; elle se produit généralement trois à quatre heures après les repas au moment où le bol

alimentaire franchit le pylore et entre en contact avec le duodénum (Vautrin, 128) ; dans d'autres cas, c'est la nuit qu'elle se montre, et le malade est réveillé brusquement par une sensation de douleur vive abdominale, accompagnée d'un grand affaiblissement ; bientôt se produit une évacuation intestinale mécanique plus ou moins abondante. (obs. XXIX, XXXIII).

Enfin l'hémorragie peut survenir pendant une crise douloureuse, durant depuis plus ou moins longtemps (obs. XXVI, XXVII, XXVIII).

La spoliation du liquide sanguin peut être si abondante et si brusque que le malade perd connaissance. Peu à peu il revient à lui, mais il reste pâle et anéanti ; quelques heures après, ou le lendemain, il rend, allant à la selle, du sang digéré sous forme de matières goudroneuses, poisseuses, collant au vase.

Lorsque ces hémorragies se répètent, les malades tombent dans un état de faiblesse tel, que le moindre changement de position amène une syncope ; leur soif est très vive, leur voix est éteinte et pendant très longtemps ils présentent un affaiblissement extrême, et cela malgré l'alimentation et une médication des plus réconfortante (obs. XXVI, XXVII, XXVIII).

Au contraire, si l'hémorragie ne s'est répétée qu'un petit nombre de fois et à quelques jours d'intervalle, les malades ne semblent pas très affectés, et l'on est étonné de la rapidité avec laquelle ils récupèrent

leurs forces et leurs couleurs (obs. XXIX, XXXI, XXXIV).

Cette rapide réparation du sang perdu est même un signe de grande valeur et distingue l'hémorragie de l'ulcère de celle du cancer.

3° *Hémorragies graves.* — Lorsque le processus ulcératif gagnant peu à peu en profondeur arrive à entamer la tunique musculaire du duodénum, de gros vaisseaux peuvent être intéressés : il en résulte des hémorragies très abondantes, parfois même foudroyantes, qui pourraient être considérées, au même titre que la perforation, comme une complication de l'ulcère du duodénum.

Ces hémorragies sont d'une extrême gravité, et peuvent emporter parfois le malade en quelques minutes ; mais le plus souvent il s'écoule un certain temps (quarante-huit heures à quinze jours) entre l'ouverture du vaisseau et l'apparition de l'hémorragie ultime qui amènera le collapsus et la mort.

Dans certains cas, l'hémorragie peut survenir brutalement en pleine santé (cas de Couteaud, Société de chirurgie 1910) ; dans d'autres cas, des troubles dyspeptiques ou des malaises qui existaient déjà auparavant s'accroissent et brusquement le malade se sent faible, accuse des vertiges, des étourdissements, sa vue se trouble, son front se couvre de sueurs froides, il réclame instamment de l'air et montre tous les signes d'une hémorragie grave : facies pâle, respiration rapide, collapsus, pouls à peine perceptible, refroidissement des extrémités, etc.

Ces hémorragies peuvent parfois rester uniquement internes ; mais le plus souvent les signes que nous venons de décrire, accompagnent une ou plusieurs évacuations de sang se traduisant soit par des hémateinièses, soit par des melœnas (obs. XXXV et XXXVI).

En somme, au cours de l'ulcère duodénal, on peut rencontrer trois formes d'hémorragies : une forme chronique, pouvant amener par sa persistance et sa répétition, la cachexie du malade ; une forme aiguë, qui peut guérir mais qui peut également entraîner la mort, et une forme grave ou foudroyante, dont le pronostic est presque toujours fatal.

Phénomènes dyspeptiques. — Bucquoy avait déjà remarqué que d'une façon générale, au cours de l'ulcus duodénal, on observait beaucoup moins de manifestations sérieuses gastro dyspeptiques, qu'au cours de l'ulcus pylorique ; et c'est ainsi qu'il s'expliquait le fait, que des malades ayant présenté de très violentes crises douloureuses, accompagnées parfois de fortes hémorragies, se remettaient très rapidement, une fois les crises apaisées et pouvaient se remonter en peu de temps, grâce à une réalimentation suffisante très bien supportée.

Dans les antécédents des malades atteints d'ulcus du duodénum, on note parfois des phénomènes de dyspepsie banale, pesanteur, ballonnement du ventre, renvois, somnolence, malaises apparaissant le plus souvent immédiatement après les repas, et, soit précédant de plus ou moins longtemps les véritables

crises douloureuses (obs. IV, IX, XVII, XXIV, XXV) soit, surtout lorsque l'ulcus est greffé sur un terrain nerveux, pouvant exister, de même du reste que cela arrive au cours de l'ulcus gastrique, dans l'intervalle de ces crises (obs. XVI, etc).

« L'existence de troubles gastriques antérieurs, quand il en existe, n'est du reste pas faite pour surprendre, car il est vraisemblable qu'au point de vue de la pathogénie de l'ulcère duodénal, il faut faire jouer un rôle important à la viciation du chimisme gastrique. » (Oettinger, 95).

L'appétit est généralement conservé, et Bucquoy avait été frappé de sa persistance, non seulement dans la période latente de la maladie, mais même au moment des crises les plus violentes. Une de ses malades, eut les premières selles méconiques et des vomissements noirs, en déjeunant, et le lendemain, le déjeuner qu'elle fit comme à l'ordinaire fut suivi également d'un vomissement considérable de matières alimentaires et de caillots de sang. C'est en déjeunant également qu'une malade de Pewsner (102) eut une violente crise douloureuse. Un malade observé par Busch (obs. XXXIV) malgré des hémorragies très abondantes, avait conservé un excellent appétit.

« C'est presque toujours après un repas que se produit la perforation duodénale et qu'éclatent les accidents qui souvent terminent brutalement la maladie » (Bucquoy).

Mais, même lorsque au cours d'une crise violente,

il y a une légère perte de l'appétit, celle-ci n'est que passagère ; à peine les douleurs se sont-elles calmées, et les hémorragies, ont-elles cessé, le malade réclame impérieusement à manger ; c'est ce qui explique, étant donné la parfaite tolérance de l'estomac, le retour quelque fois si rapide à la santé chez les malades atteints des formes bénignes de l'ulcus du duodénum.

Les vomissements, contrairement à ce qui se passe dans l'ulcus pylorique, ou juxta-pylorique, ne jouent qu'un rôle secondaire dans l'ulcus du duodénum.

Ewald (31) les signale dans 17-20 o/o des cas. Nous les avons trouvés dix sept fois sur 36 observations ce qui donnerait une proportion plus forte, de 48 o/o.

Ils sont dus quelquefois à une sténose cicatricielle du duodénum ; mais le plus souvent ils se produisent pendant les crises, au moment où la douleur atteint son paroxysme.

Ce sont en général des vomissements peu abondants, « constitués par un liquide clair, acide, agaçant les dents, brûlant la gorge, représenté par du suc gastrique pur ». Exceptionnellement on a signalé des vomissements alimentaires, et seulement dans 2 cas : lorsqu'ils accompagnent une douleur survenant peu de temps après l'ingestion des aliments ou bien lorsqu'il y a un certain degré de sténose duodénale (obs. XVIII).

Phénomènes généraux. — Les phénomènes

généraux sont en rapport avec l'abondance des hémorragies et l'intensité des douleurs.

L'amaigrissement est signalé dans la plupart des observations, la perte de poids étant due non pas à une anorexie vraie, mais au fait que les malades réduisent leur alimentation par crainte de la douleur ; dès que celle-ci disparaît à la suite d'un traitement sévère, l'appétit étant toujours conservé, les patients s'alimentent et regagnent vite le poids perdu.

Exceptionnellement un amaigrissement rapide peut être dû à des vomissements abondants et souvent répétés (obs. XVIII).

Mais, même lorsque les malades sont très amaigris, ils ne présentent jamais ce facies cachectique si caractéristique du cancer soit gastrique, soit duodénal, facies qui constitue un des éléments les plus précieux, pour le diagnostic de cette dernière affection.

L'anémie est un autre phénomène très fréquent, d'autant plus marqué, que des hémorragies abondantes et répétées se produisent.

Quelquefois, sans même qu'il y ait des hémorragies appréciables cliniquement, les malades présentent un facies pâle, jaunâtre, cholémique, tellement intense que la confusion avec un ictère hémolytique pourrait être possible (obs. II).

Dans les formes hémorragiques, l'anémie peut s'observer à un degré extrême, les malades étant exposés à des syncopes très fréquentes (obs. XXVI, XXVIII).

Il y a, par contre, des cas dans lesquels malgré des hémorragies répétées et fortes, dans l'intervalle des crises, l'état général peut rester excellent (obs. XXX, XXXIII).

La fièvre, en général ne fait pas partie de l'ensemble symptomatique de l'ulcus du duodénum. Umber (126) cependant cite des cas dans lesquels il a observé une légère élévation de la température au moment des crises douloureuses. La malade dont l'histoire est relatée dans l'observation I, eut plusieurs poussées de fièvre avec un maximum de température atteignant 39 degrés. On pourrait expliquer ces élévations thermiques par l'existence de foyers de péri-duodénite d'origine ulcéreuse.

Collin (15) cite, comme manifestations assez fréquentes, des œdèmes des paupières et des malléoles, sans albuminurie.

Ictère. — L'ictère est un symptôme rare de l'ulcus duodénal ; Collin ne l'a trouvé signalé que neuf fois sur 62 cas ; nous le trouvons noté dans 3 observation (II, VII, et XVIII).

Il peut se produire de deux manières différentes :

a) Par rétention, lorsque l'ulcère siège au niveau de l'ampoule de Vater ; il se produit dans ce cas un boursofflement de la muqueuse, ou bien une oblitération cicatricielle du cholédoque.

b) Par propagation aux voies biliaires d'un processus inflammatoire de voisinage déterminé par l'ulcération (Krauss, Mayer).

Son apparition peut être tantôt brusque lorsque

l'infection angio-cholitique accompagne la rétention ; il subit alors des alternatives de poussées et de rémissions ; tantôt au contraire sa marche est lente et progressive lorsque l'ictère est dû à une sclérose pancréatique consécutive à l'ulcère (Juillard, thèse de Paris 1910).

Signes objectifs. — En raison de sa situation profonde dans l'abdomen, le duodénum est difficile à atteindre par les moyens d'exploration physique habituels : inspection, palpation et percussion ; d'autant plus que les éléments de la région dans laquelle il est situé est des plus complexes.

Piorry, dans *le Compendium de Médecine*, nous indique un moyen de le rechercher, en marquant au crayon les limites du foie, de l'estomac et de l'intestin, ces deux derniers organes percutés successivement à l'état de réplétion et de vacuité ; dans l'espace intermédiaire à ces limites, une tuméfaction sonore, sensible, verticalement placée à l'épigastre, de l'ombilic au rebord costal, ne peut avoir d'autre siège que le duodénum (Glénard, R. Gaultier).

Exploration externe. Inspection. — Bucquoy avait noté, surtout dans les formes hémorragiques, un ballonnement du ventre assez développé et assez persistant pendant la durée des hémorragies, et disparaissant en même temps que celles-ci. Ce météorisme marqué surtout dans la partie supérieure de l'abdomen, a été signalé même dans la forme douloureuse (obs. XV). Mais ce signe est rare, inconstant, et ne fournit que des renseignements vagues.

Palpation. — Lorsqu'on explore méthodiquement par ce procédé, la paroi abdominale d'un malade porteur d'un ulcus du duodénum, on arrive généralement, même par une palpation légère, à déterminer un point douloureux dans l'hypochondre droit « entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic, vers le bord externe du muscle grand droit, au-dessous de la face inférieure du foie », par conséquent dans un point répondant à la première portion du duodénum.

En pratiquant cet examen chez un malade en pleine crise, on trouve une sensibilité épigastrique plus ou moins vive (obs. II, VII, mais on détermine toujours un maximum douloureux très net à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus de la région vésiculaire. Il peut arriver quelquefois, comme dans l'observation VII que les points de Mac Burney et de Lanz soient également sensibles.

La douleur ainsi provoquée par la palpation et localisée dans l'hypochondre droit, a une très grande valeur diagnostique, surtout lorsqu'on trouve en même temps un ensemble symptomatique répondant au tableau clinique de l'ulcus duodénal.

Un autre fait, signalé également dans la plupart des observations, c'est la *contracture du muscle grand droit* abdominal du côté droit, pendant la crise douloureuse (obs. VII, XIII, XIV, XVI). Ce signe était particulièrement net dans l'observation XIII.

Signe de Mendel. — Mendel a indiqué, dès 1903

(*München. Mediz. Wochen.*, n° 13), un signe qui pourrait rendre de réels services, lorsque par la palpation on n'arrive à déterminer aucun point douloureux. Après avoir obtenu un relâchement complet autant que possible de la paroi abdominale, en percutant à l'aide du marteau à percussion la région épigastrique, tant que l'estomac et le duodénum sont en bon état, le malade n'accuse aucune sensibilité ; mais lorsqu'il existe un ulcus gastrique ou duodénal, la percussion la plus légère provoque une douleur vive qui persistera plus ou moins longtemps ; cette douleur est localisée dans un point autour duquel il sera de même facile de déterminer en percutant une zone également sensible de la dimension d'une pièce de 2 francs. La localisation précise de cette zone est très importante, car elle répond au siège même de l'ulcus. Elle se trouve dans l'ulcus duodénal, à droite de la ligne médiane, à mi-chemin entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes. D'après Mendel, ce signe, qu'il a trouvé dans tous les cas qu'il a vu, servirait encore comme moyen de contrôle pour suivre les effets du traitement institué, l'aire de la zone douloureuse diminuant avec l'amélioration du processus inflammatoire qui se produit autour de l'ulcus et disparaissant complètement dès sa guérison. Ewald (31) a pu se convaincre de l'existence de ce signe dans un certain nombre de cas, mais il le considère comme inconstant, au même titre que la myalgie des muscles abdominaux de

Mackenzie et l'hyperesthésie cutanée abdominale correspondant au siège de l'ulcus.

Percussion. Signe de Günzburg. — Günzburg (44) a pu déterminer par la percussion dans un certain nombre de cas, une zone tympanique située entre la vésicule biliaire et le lobe gauche du foie, zone de deux travers de doigts de large et longue de plusieurs centimètres.

Rare et inconstant, ce signe n'existe que lorsqu'il y a un certain degré de sténose du duodénum, ayant déterminé en amont une distension de ce conduit. Il faut en même temps que le foie ne soit pas déplacé, et que son lobe gauche soit facilement perceptible par la percussion. Le signe de Günzburg existait dans l'observation XXIX.

Exploration duodénale directe. Méthode de Max Einhorn. — Cet auteur a eu l'idée de faire déglutir à ses malades un petit godet muni d'un long fil de soie. Le godet, qui parvient dans le duodénum, deux heures environ après sa déglutition, est retiré comme une sonde ordinaire; il serait facile ensuite de repérer sur le fil la trace de sang de l'ulcus, en un point assez distant de l'orifice buccal (75 cm.) pour qu'on pût songer avec évidence à son siège duodénal (obs. XXVIII, XXIX, XXX).

Cette méthode est très ingénieuse, mais elle n'a pas été encore suffisamment employée pour que l'on en puisse indiquer l'exacte valeur.

État de l'estomac. — a) *Chimisme gastrique.* — L'analyse chimique du suc gastrique dénote une

hypéracidité notable. Sur 36 observations, nous trouvons cet examen pratiqué treize fois ; l'acidité totale du suc gastrique variait de 2,92 (obs. XVI) à 4,74 o/oo (obs. VII).

Pour A. Robin, cette hyperacidité serait due à des fermentations acides mettant en liberté l'acide lactique et l'acide butyrique. Il en était ainsi dans 3 observations publiées par Collin dans sa thèse (15) et dans deux autres appartenant à R. Gaultier (36). Mais dans toutes les observations qui ont été publiées ultérieurement et dans les 13 cas dont nous parlions, l'hyperacidité chlorhydrique était la règle, et la proportion de HCl variait de 0,81 (obs. XVI) à 3,35 o/oo (obs. VII). Des traces seulement d'acide lactique sont signalées dans les observations XVI et XXIII.

b) *Secrétion gastrique.* — Dans les cas purs et typiques d'ulcus vrai du duodénum, cette hyperchlorydrie ne s'accompagne pas d'hypersécrétion continue. Ce fait, sur lequel ont insisté A. Mathieu (obs. LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXX) et Oettinger (95) se traduit par l'absence, le matin à jeun, de liquide gastrique (obs. I, II, VII, IX) ; lorsque, exceptionnellement, il en existe, c'est d'une façon passagère, au cours d'une exacerbation, et par le tubage on n'extraît que quelques centimètres cubes d'un « liquide acide, suc gastrique doué de toutes ses propriétés biologiques ». (obs. VI, VIII). Il est de notion courante, depuis les travaux de Boas, Hayem, A. Mathieu, d'attribuer l'hypersécrétion gastrique

abondante, à une sténose pylorique, réalisée le plus souvent par un ulcus juxta pylorique ou pyloro-duodénal.

c) *Motricité*. — A moins d'une complication, sténose duodénale secondaire (obs. XXIV), les fonctions motrices de l'estomac ne sont pas altérées. Celui-ci ne contient jamais à jeun de liquide résiduel avec débris d'aliments, n'est jamais dilaté, ne présente pas de contractions péristaltiques visibles, perceptibles soit à l'examen radioscopique, soit à la simple inspection de l'abdomen (obs. I, II, VI, VII, VIII, IX, XII, XIV).

En somme, l'absence de stase alimentaire, l'absence d'hypersécrétion permanente, l'absence de dilatation gastrique constituent des points importants à noter, car ils indiquent l'intégrité du pylore et permettent de différencier l'ulcus vrai du duodénum de l'ulcus pylorique ou pyloro-duodénal.

Il faut dire cependant que ce signe négatif n'existe plus lorsqu'il y a une sténose cicatricielle duodénale, consécutive à un ulcus siégeant entre le pylore et l'ampoule de Vater; cette sténose sous-pylorique ne peut être différenciée d'une sténose pylorique que par l'examen radioscopique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Rapproché des autres constatations cliniques, l'examen radioscopique ou radiographique a une importance de tout premier ordre; cet examen doit porter sur l'estomac et sur le duodénum.

a) *Estomac*. — La radioscopie confirme tout

d'abord les renseignements fournis par l'exploration clinique de cet organe, en montrant sa vacuité le matin à jeun, l'absence de toute stase alimentaire, le peu de fréquence des contractions péristaltiques, l'absence de dilatation gastrique marquée ; ce sont là autant de considérations radioscopiques d'une grande valeur diagnostique.

b) *Duodénum*. — « Le duodénum décrit comme anse fixe de l'intestin grêle » apparaît en radiologie comme un organe relativement mobile chez le sujet normal, et dont on peut reconnaître les quatre portions (125). La palpation de l'abdomen sous l'écran, doit mobiliser l'estomac et le duodénum sans difficulté aucune.

Le sujet étant debout, à l'état normal la région pylorique correspond en général à la partie médiane de la troisième vertèbre lombaire et l'estomac, dans sa totalité, se trouve à gauche de la ligne médiane ; lorsque, fait extrêmement fréquent au cours de l'ulcus duodénal, des adhérences rattachent la région pyloro-duodénale soit au lobe du foie, soit au col de la vésicule biliaire, soit au péritoine de l'arrière cavité des épiploons, l'image radioscopique prend un aspect tout à fait spécial, l'estomac se trouvant attiré pour ainsi dire à droite, et la région pyloro-duodénale ascendante vers le hile du foie, se plaçant en contact avec le bord droit de la troisième lombaire ; en somme la région pyloro-duodénale ainsi fixée, ne suit plus l'estomac dans ses différents mouvements (obs. I, II, VI, VII, VIII, IX).

Dans l'observation V, il existait un point douloureux très net au niveau de l'angle supérieur du duodénum ; la laparotomie exploratrice montra que, c'était là le siège de la lésion ulcéreuse.

EXAMEN COPROLOGIQUE. — L'examen coprologique doit être pratiqué toutes les fois que l'on soupçonne l'existence d'un ulcus duodénal. Il consistera à rechercher dans les fèces : 1° la présence de l'hématine ; 2° les troubles qui pourraient exister dans la digestion des graisses ; « la constatation de ces troubles permettant de noter, plus ou moins accusée une réaction insuffisante du foie et du pancréas, dont le fonctionnement est intimement lié à celui de la muqueuse duodénale » (R. Gaultier).

a) La recherche de l'hématine est très importante pour déceler les hémorragies occultes qui ne se traduisent très souvent que par des troubles insignifiants (légères défaillances), et qui laissent aux fèces leur coloration normale. Plusieurs méthodes sont à notre disposition pour faire cette recherche ; mais ce sont les méthodes chimiques qui sont les plus employées ; trois surtout sont d'un usage courant : la réaction d'Adler (par la benzidine), la réaction de Meyer (par la phénolphtaléine) et la réaction de Weber (par la teinture de gaïac). Les deux premières sont très sensibles, très rapides, très simples, mais malheureusement les causes d'erreur auxquelles elles donnent lieu sont très fréquentes ; aussi doit-on accorder toujours la préférence à la troisième réaction (de Weber) qui, pour être un peu plus longue à

faire, donne des résultats plus sûrs. C'est la réaction que préfère toujours M. A. Mathieu (*Pathologie gastro-intestinale*, 1^{re} série).

b) Le fonctionnement insuffisant du pancréas se manifestera par un ensemble de troubles variés; mais cette question a été peu étudiée dans l'ulcus duodénal et seule la stéarrhée, dont l'importance sémiologique est incontestable, a été mentionnée (Krauss, 1865).

Troubles urinaires. — L'examen des urines indique de même, dans certains cas, un trouble biliaire ou pancréatique, de sorte qu'il n'existe aucune formule urologique propre à l'ulcus duodénal. Collin dans sa thèse, en se basant sur l'analyse urinaire d'un certain nombre de malades, arrive aux conclusions suivantes : la densité des urines est augmentée, il y a en même temps une exagération dans l'excrétion de l'urée (37 gr. en vingt-quatre heures).

Le coefficient d'oxydation et le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total sont au-dessous de la normale. L'urohématine, attribuée à la destruction exagérée des hématies, augmente; l'indican se montre, de même l'urobiline. Enfin, ces dernières années, on a accordé une certaine importance à la présence de la réaction de Cammidge, dans les urines des malades atteints d'ulcus du duodénum.

Réaction de Cammidge. — Cette réaction, d'une technique longue et délicate, consiste à rechercher dans les urines la présence de la glycérine résultant du dédoublement des graisses neutres du pancréas;

elle serait caractéristique, d'après certains auteurs, aux urines des malades atteints d'une affection inflammatoire déterminant la nécrose graisseuse plus ou moins fruste de cette dernière glande. Dernièrement, Herschell (42) a trouvé la réaction de Cammidge positive dans 25 cas d'ulcus duodénal ; dans 4 de ces cas, le diagnostic a été confirmé par l'intervention opératoire ; l'auteur l'explique par la propagation de l'inflammation à la glande, dans les cas d'ulcères, le long du canal pancréatique. R. Gaultier aurait également trouvé cette réaction positive deux fois ; mais Ewald (31) l'a trouvée négative dans un cas dont le diagnostic fut contrôlé par l'opération.

La valeur de cette méthode est très contestée ; alors que pour Mayo Robson elle serait appelée à rendre de très grands services, pour d'autres elle pourrait être obtenue avec une urine quelconque ; Grimbert et Bernier (Société de biologie, 1909) arrivent à la conclusion que la réaction de Cammidge ne saurait avoir aucune signification clinique.

II

FORMES CLINIQUES DE L'ULCUS DUODÉNAL

Si, d'une manière générale, l'ulcus duodénal vrai se présente avec un ensemble symptomatique qui ne diffère pas dans ses traits essentiels de celui décrit par Bucquoy en 1887, il revêt pourtant en clinique des aspects un peu différents suivant qu'il est récent ou ancien, suivant qu'il est simple ou compliqué, suivant que ces deux symptômes cardinaux, douleur et hémorragie, manquent complètement ou bien que l'un de ses symptômes l'emporte sur l'autre. Il convient donc de décrire plusieurs formes cliniques ; mais pour ne pas trop compliquer les choses, nous n'en décrirons que trois : une forme douloureuse ou commune, une forme hémorragique et une forme latente.

1. **Forme douloureuse.** — Dans cette forme, de beaucoup la plus fréquente, qu'on pourrait en somme appeler forme commune, nous rangeons les cas dans lesquels ce sont les phénomènes douloureux qui

constituent l'élément prédominant du tableau symptomatique.

Faits cliniques :

OBSERVATION I

A. Mathieu, *Ulcère du duodénum siégeant à distance de l'anneau pylorique* (Soc. méd. des hôp. Paris, 2 décembre 1910.)

M^{me} Mas..., soixante et un ans, entrée à la salle Barth, le 14 décembre 1909; pas d'antécédents personnels particuliers; elle n'a jamais eu d'habitudes alcooliques. Elle a commencé à souffrir de l'estomac il y a trois ans. C'étaient des douleurs vives, intenses, à crier, qui survenaient deux heures environ après chaque repas, et aussi la nuit. Ces douleurs sont décrites comme une sensation de torsion, de déchirement siégeant au creux épigastrique, avec *irradiations vers l'épaule droite*. Les crises duraient environ une demi-heure; elles étaient calmées par l'ingestion des aliments, mais elles ne tardaient pas à réparaître. Elles étaient exagérées par l'ingestion de vin, de café ou de liqueur alcoolique.

La malade a eu des vomissements glaireux au moment de ses crises douloureuses, mais jamais ni vomissements alimentaires, ni hématomèse.

Sous l'influence du régime lacté absolu, puis du régime lacto-végétarien (purées) il y eut une amélioration assez mar-

quée pendant un an, après trois mois de grandes souffrances.

Il y a deux ans, nouvelle période de crises douloureuses d'une durée de deux mois.

Trois mois avant l'entrée à l'hôpital Saint-Antoine, nouvelle période de douleurs. A ce moment il se produisit *une hémorragie intestinale abondante*. La malade dit avoir rendu par l'anus environ 1 lit. 1/2 de sang, des caillots noirs d'abord, puis du sang rouge.

Malgré le régime lacté absolu, les douleurs ont persisté; elles étaient très violentes, presque continues, avec exacerbations tardives. Presque chaque jour des vomissements pituitueux, pas de vomissements alimentaires.

L'appétit était conservé; cependant la malade, par crainte des douleurs, se retenait de manger à sa faim, et maigrissait. Elle n'accuse cependant qu'une perte de poids de 3 livres.

Très nerveuse, elle s'inquiète beaucoup, dort mal, a des crises de larmes.

Les douleurs ne sont pas calmées par le bicarbonate de soude, même à hautes doses. Après avoir été soignée pendant quelques jours à la polyclinique, la malade entre dans le service. Le 16 décembre, elle est examinée à jeun. On ne constate ni clapotage, ni bruit de flot gastrique; il ne semble pas donc y avoir de liquide dans l'estomac. Il n'y a pas non plus de tension épigastrique, ni de contractions péristaltiques visibles, et l'estomac à la percussion ne paraît pas dépasser l'ombilic; l'espace de Traube par contre, paraît un peu plus étendu et un peu plus sonore que normalement. On ne constate donc, en somme, aucun signe de *dilatation, d'hypersécrétion permanente, de stase alimentaire et de sténose pylorique*.

On provoque une douleur vive à la palpation à droite de la région épigastrique, à trois travers de doigt de la ligne médiane, sur le bord du grand droit, à peu près au siège habituel de la vésicule biliaire. Mais la vésicule n'est pas perceptible, et le foie, dont le bord inférieur affleure le rebord des côtes, ne paraît pas augmenté de volume. *Il existe donc un point douloureux marqué à la palpation au niveau de la région pylorique et vésiculaire.*

Ni le carbonate de bismuth, ni le lait alcalinisé ne soulageant les douleurs très vives, on eut recours à la dionine, dont la dose quotidienne fut progressivement portée de 5 à 10 centigrammes.

L'examen radioscopique pratiqué à trois reprises confirma la vacuité de l'estomac à jeun, mais des images assez différentes observées à chacun de ces examens, il fut impossible de tirer une indication utile pour le diagnostic de la lésion et de son siège. Toutefois ces examens rapides ne montrèrent *ni stase ni dilatation marquée.*

28 décembre. — Il se produisit une hématomèse assez abondante de sang noir, qui fut traitée par la gélatine et le chlorure de calcium.

L'hématomèse ne se reproduisit pas, mais à la suite, il y eut des selles noires et la réaction de Weber resta positive jusque vers le 15 janvier.

Pendant toute la durée du mois de janvier, les crises douloureuses persistèrent avec des exacerbations et des atténuations peu calmées en somme, par l'usage de la dionine à la dose de 10 centigrammes par jour.

Vers le milieu du mois de janvier, la palpation du creux

épigastrique était très douloureuse. On percevait de la rénitence dans toute cette région, et comme à plusieurs reprises, il y eut des élévations de température atteignant quelquefois 39 degrés sans frissons, il est vrai, on se demanda pendant quelque temps s'il n'existait pas un foyer de péritonite d'origine ulcéreuse.

La malade continuait à souffrir, surtout du côté droit, vers la région vésiculaire et hépatique et deux ou trois fois par semaine. Ces crises étaient si violentes qu'on était obligé de pratiquer des injections de morphine. Pendant le mois de février, il y eut deux poussées de fièvre d'une durée de trois ou quatre jours, avec un maximum de température atteignant 39 degrés.

Cependant la malade n'avait pas maigri et son poids, qui était de 48 kil. 400 le 18 décembre, atteignait 51 kil. 500 le 26 février et 50 kil. 300 le 5 mars.

En présence de l'insuccès du traitement médical et de l'intensité des crises douloureuses, on se décida, malgré l'absence de signes de localisations pylorique et de stase matutinale à demander à M. Ricard de pratiquer la laparotomie exploratrice. Elle eut lieu le 11 mars. A l'ouverture de l'abdomen, on constata que l'estomac était de dimension, de couleur et d'aspect normaux.

La première portion du duodénum était comme un peu tuméfiée. A sa face postérieure, en empiétant sur la deuxième partie descendante, à 4 centimètres $1/2$ de l'anneau pylorique on constata une tache blanche nacrée, légèrement saillante, d'aspect cicatriciel, de l'étendue d'une pièce de 2 francs environ, avec quelques petites adhérences périphériques. A ce niveau la

paroi de l'intestin était moins souple et comme parcheminée. M. Ricard affirma l'existence d'un ulcus du duodénum, et ne releva aucun signe de lésion néoplasique, malgré la rénitence qu'on avait à plusieurs reprises cru percevoir à droite de l'ombilic, rénitence retrouvée même immédiatement avant l'opération, pendant le sommeil chloroformique.

M. Ricard pratiqua la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

OBSERVATION II

A. Mathieu, *Ulcère vrai du duodénum. — Ictère* (Soc. Méd. Hôp. Paris, 2 décembre 1910).

Le nommé F..., âgé de quarante ans, entre le 22 février 1910, salle Chomel, lit n° 8.

Rien d'intéressant à relever dans ses antécédents autre que des habitudes alcooliques. Jusqu'à l'année dernière, F... prenait 4 litres de vin par jour et présentait des cauchemars nocturnes, un peu de tremblement, mais pas de pituites.

Il commença à souffrir de l'estomac il y a cinq ans : c'étaient des douleurs tardives survenant trois ou quatre heures après le repas et durant deux ou trois heures. Elles siégeaient à la région épigastrique et *irradiaient vers la base du thorax, latéralement vers le côté droit*, non vers la région dorsale et dans la région sous-hépatique. Pas de vomissements. Pas d'hématémèse. Pas de constipation.

Cet état dure trois ans, pendant lesquels le malade conserve

son appétit et ses forces, il ne maigrit pas. Les douleurs repa-
raissent par crises deux ou trois fois par semaine ; il y a quel-
quefois des périodes de rémission complète d'une durée de
deux ou trois mois. Il ne suit aucun traitement.

En avril 1908, l'état s'aggrave et le malade se présente à la
policlinique. Huit jours auparavant, il avait été pris de syncope ;
dans la nuit suivante il eut deux vomissements alimentaires
assez abondants, d'un demi-litre chacun environ.

A l'examen on trouva un gros foie douloureux, débordant
les fausses côtes, et on fit le diagnostic de gastrite éthylique.

Le traitement par le régime à base de lait et le bicarbonate
de soude amena une amélioration marquée, mais le malade
s'étant remis à manger de tout et à boire du vin, les douleurs
revinrent. Elles furent de nouveau calmées par le régime lacté
du reste bientôt abandonné.

En octobre 1909, le malade se présente de nouveau à la
policlinique : cette fois les douleurs sont beaucoup plus intenses
et pendant les crises le malade se tord et pousse des cris. Les
douleurs qui siègent au creux épigastrique *irradient vers l'hypo-
chondre droit et la région vésiculaire. Elles n'irradient pas dans
le dos, mais vers la base du thorax à droite.* Elles se montrent
surtout la nuit, vers minuit, quelquefois même vers dix heures
du soir. Les vomissements surviennent fréquemment vers
minuit, ils sont suivis d'un soulagement marqué de telle sorte
que le malade a pris l'habitude de les provoquer. Ce sont des
vomissements verdâtres, non alimentaires.

A cette époque le malade aurait eu des selles noires, mais pas
d'hématémèse.

Il se produit une poussée d'ictère très net qui dure deux mois.

Le repas et le régime lacté ne calment que très peu les crises douloureuses. L'examen des selles par le procédé de Weber pratiqué le 9 et le 21 octobre donne un résultat négatif. Les douleurs continuent de siéger au creux épigastrique, mais elles cessent de retentir vers le côté droit. Le malade ayant voulu reprendre son travail en décembre, les douleurs devinrent plus insupportables encore. Assez souvent, il y avait des vomissements provoqués en général, qui renfermaient les aliments pris au repas précédent mais jamais de detritus alimentaires provenant des repas de la veille. Les selles noires furent de nouveau observées pendant deux jours.

Le malade entra dans le service le 22 février 1910. Son teint était anémique et jaunâtre, cholémique. Les muqueuses décolorées. Il aurait maigri de 6 kilogrammes depuis le début de sa maladie.

Pas de liquide dans l'estomac examiné à jeun. Sensibilité épigastrique légère, s'étendant vers le point vésiculaire. Foie petit (5 centimètres de matité verticale) ne débordant pas le rebord des côtes.

L'analyse du suc gastrique après repas d'Ewald permet de constater une hyperacidité chlorydrique assez accentuée. Acidité totale 3,06 o/oo. Acide chlorydrique libre 1, 38. HCl combiné 1, 75. $\frac{T}{P} = 3, 6$. L'examen du sang montre une anémie grave : 2.500.000 globules rouges contre 8.000 globules blancs.

En raison de la teinte jaune cholémique du malade et d'une augmentation notable du volume de la rate, constatée par la percussion et par l'examen radioscopique, on pensa à la possibilité d'un ictère hémolytique avec splénomégalie ; mais l'examen des globules rouges pratiqué par F. Moutier révéla

une résistance globulaire nettement augmentée. Il fallut donc renoncer à cette idée.

Après être sorti pendant quelque temps et avoir commis chez lui quelques écarts au régime lacté, le malade souffrant davantage revint dans le service le 17 mars. Après une nouvelle amélioration, il essaya de nouveau de reprendre son travail, mais il dut revenir à la polyclinique le 9 juin et dans le service le 25.

Les douleurs étaient de nouveau très intenses, aucune médication ne les avaient sérieusement atténuées. *Ces douleurs prédominaient toujours vers la droite du creux épigastrique, au-dessous du rebord des côtes.* Elles obligeaient le malade à se tenir assis et plié en deux.

On ne trouve à jeun ni bruit de clapotage digital ni bruit de flot par la succussion. Il y a une sensibilité assez vive à la palpation au creux épigastrique, surtout marquée à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus de la région vésiculaire. Le foie est normal; la matité splénique continue à présenter une matité de 4 travers de doigt.

A l'examen radioscopique, pratiqué le 29 juin par M. Beclère, on constate que l'estomac non dilaté est oblique en bas et à droite et qu'il dépasse la ligne médiane à droite de 8 centimètres. On ne peut pas avec la main séparer l'estomac du foie; l'estomac suit le foie auquel il semble adhérer. Les contractions péristaltiques sont normales.

La laparatomie est faite le 11 juillet 1910 par M. Ricard. L'estomac est normal, on n'y voit ni cicatrice étoilée, ni adhérences. La région pylorique est intacte. Au niveau de la première portion du duodénum, on constate des adhérences nombreuses avec le foie, dont les unes semblent anciennes et les

autres toutes récentes. Ces adhérences sont respectées. On pratique une gastro-entérostomie postérieure.

Le malade quitte l'hôpital le 29 juillet ; il ne souffre plus.

Il est revu le 23 octobre ; il déclare s'être trouvé tout à fait bien depuis son opération. Il ne souffre plus du tout, il a engraisé de 15 kilogrammes.

OBSERVATION III

A. Mathieu, *Ulcère du duodénum* (Soc. méd. hôp. Paris, 2 décembre 1910).

M. H. J..., soigné par M. Mathieu en ville avec MM. Bertherand et Chauffard, opéré par M. Tuffier. Homme, âgé de quarante-cinq ans : syphilitique depuis vingt ans, mais la réaction de Wassermann faite peu de temps avant l'intervention chirurgicale s'est montrée négative. Depuis longtemps il a présenté des crises d'entéro-colite, et, en 1905, il a été opéré de l'appendicite. Depuis, la région cœcale est restée douloureuse.

Il souffre de l'estomac depuis cinq ou six ans. Dès cette époque, il présentait des crises douloureuses tardives d'un caractère tel que l'existence d'un ulcus avait pu être soupçonné par M. Bertherand dès 1907.

En 1909, au cours d'une traversée d'Amérique en France, il éprouva de très fortes douleurs vers la droite, sous le foie, et il présenta une *abondante hémorragie méléanique* sans hématomèse. A son arrivée en France, il était très anémié. Il eut une seconde hémorragie intestinale sans hématomèse quelques mois plus tard. Dès 1908, M. Mathieu avait fait d'une façon ferme

le diagnostic d'ulcus, sans pouvoir le localiser exactement et l'histoire de ces deux hémorragies intestinales le confirma pleinement.

Vers la fin d'avril 1910, M. Mathieu fut de nouveau appelé près de ce malade par M. Bertherand. Il présentait alors des crises douloureuses extrêmement intenses que l'ingestion du lait et des alcalins ne calmait que d'une façon passagère. *Les douleurs irradiaient surtout à droite* dans la région sous-hépatique. Le carbonate de bismuth n'eut pas plus de succès que les alcalins. L'estomac examiné à jeun à plusieurs reprises ne paraissait pas renfermer de liquide. La réaction de Weber pratiquée à plusieurs reprises donna un résultat négatif.

En présence de la persistance des douleurs, le malade réclama une intervention chirurgicale qui fut faite le 29 juin 1910. Voici le protocole de l'opération rédigé par M. Tuffier : « Après la laparotomie, on se trouva en présence d'une induration de la largeur d'une pièce de 5 francs, de dureté ligneuse, mamelonnée, occupant la première portion du duodénum ou le corps du pancréas au voisinage du col. Il est impossible de se prononcer sur le siège exact. Dans ces conditions une gastro-entérostomie est la seule opération indiquée, étant donné qu'il n'existe ni ganglions ni induration épiploïque ou hépatique. Gastro-entérostomie transmésocolique. Aucun incident opératoire, réunion sans drainage. »

Le diagnostic de l'ulcus duodénal posé par M. Chauffard se trouvait donc confirmé.

Le malade a été très amélioré par la gastro-entérostomie ; il souffre cependant encore, mais il est juste de dire que l'on ne peut pas l'astreindre à un régime alimentaire aussi sévère qu'il conviendrait.

OBSERVATION IV

A. Mathieu, *Ulcère du duodénum. — Mort par hémorragies*
(Soc. méd. des hôp. Paris, 2 déc. 1910.)

M^{me} P... Al., âgée de soixante-sept ans, entre dans le service de M. Mathieu à l'hôpital Saint-Antoine le 8 janvier 1908. Depuis six ans, elle accuse des brûlures épigastriques qui surviennent un quart d'heure après le repas, de la pesanteur, du ballonnement du ventre et quelquefois des nausées.

En 1906, douleurs dans la région du foie. On diagnostique congestion du foie.

3 décembre 1909. — Douleur très vive retentissant dans le dos. Elle vomit à trois reprises un liquide brûlant. Pyrosis.

8 décembre. — Surviennent deux hématomèses noires renfermant des caillots de sang. Les jours suivants, selles noires. Intolérance pour les aliments. Douleurs exagérées par l'ingestion du lait, non calmées par les alcalins.

Les hématomèses et les mélœnas continuent sans qu'aucun des moyens thérapeutiques employés puissent les arrêter.

Douleur à la palpation au creux épigastrique se propageant à droite vers la région pylorique.

Mort le 18 janvier.

Autopsie. — Estomac peu dilaté. Pylore fermé. Son orifice permet à peine le passage d'une sonde cannelée. Aspect cicatriciel de l'orifice pylorique. A 15 millimètres environ du bourrelet pylorique, vaste ulcère calleux à peu près circulaire, de 4 centimètres de diamètre environ, à bords saillants adhérents au pancréas, dont on reconnaît les lobules dans le fond de la

perte de substance. Une branche artérielle ouverte montre l'origine des hémorragies abondantes, qui ont amené la mort de la malade. A l'examen histologique, lésions de l'ulcère calleux.

OBSERVATION V

A. Mathieu, *Ulçère du duodénum* (Académie de médecine, 1911.)

M. B..., âgé de trente et un ans, est envoyé dans le service du D^r Ricard alors suppléé par le D^r Labey pour des douleurs épigastriques qui durent depuis deux mois.

Depuis environ trois ans, il accuse après les repas un peu de gêne, de ballonnement et de somnolence.

Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, il a été pris brusquement d'une sensation de battement dans l'abdomen et d'une sorte de *gêne située à droite vers la région vésiculaire*. Huit à dix jours après, apparurent des crises douloureuses à l'heure tardive siégeant dans l'hypochondre droit. Ces crises douloureuses se produisaient avec une régularité remarquable vers 10 à 11 heures du matin et vers 3 à 5 heures de l'après-midi.

La douleur très supportable dans la matinée était très pénible dans l'après-dîner : elle forçait le malade à se plier en deux. On aurait dit, suivant son expression, que le foie était pris dans un étau et progressivement serré. Cette douleur irradiait vers la région ombilicale, vers le sternum, le long de son bord droit, dans le dos, mais non vers l'épaule droite.

Jamais il n'y a eu ni coloration ictérique de la peau, ni selles décolorées, mais les conjonctives ont été un peu jaunes. Un médecin fit le diagnostic de névralgie du foie.

Ces crises quotidiennes paroxystiques s'apaisèrent au bout d'une huitaine de jours; elles furent remplacées par une douleur à peu près continue, siégeant sur le bord externe du grand droit à 1 ou 2 centimètres au-dessous du rebord costal droit. Cette douleur était permanente, mais elle subissait des exacerbations très nettes deux heures après les repas solides, une heure seulement après l'ingestion de lait. Elle était calmée par l'ingestion des aliments et par le repos au lit. Elle était au contraire exaspérée par la marche, les mouvements et même par la station verticale. Son intensité était moyenne; c'était plutôt une gêne douloureuse qu'une douleur vraie, sauf au moment des exacerbations où elle devenait très intense.

A ces phénomènes douloureux se bornait à peu près toute la séméiologie morbide. Il n'y eut jamais de vomissements et par conséquent pas d'hématémèse.

L'appétit était conservé, cependant le malade déclare avoir maigri.

13 mars. — On constate à l'examen que le foie est un peu petit, l'espace de Traube un peu plus étendu que normalement. *Il n'existe à jeun ni clapotage, ni bruit de flot révélant la présence de liquide dans l'estomac.* A la palpation, on provoque un point douloureux marqué sur le bord interne du grand droit à deux travers de doigt au-dessous du rebord des côtes.

Une selle noire, non moulée, présente à l'examen par le procédé de Weber une réaction nettement positive, il s'agit certai-

nement d'une selle méloénique. La réaction de Weber resta du reste positive pendant plusieurs jours.

15 mars. — L'examen radioscopique est pratiqué par M. Béchère qui dicte la note suivante :

« Après ingestion de lait de bismuth, on constate un estomac dont le pôle inférieur est remarquablement élevé, presque horizontalement dirigé sous le bord inférieur du foie ; il est petit. La forme générale est en corne de bœuf. On voit bientôt le lait de bismuth passer dans le duodénum qui est très visible, large. L'estomac étant élevé, la première portion du duodénum ne se dirige pas en haut et à droite, mais au contraire en bas et à droite et se continue sans angle marqué avec la deuxième portion verticale que l'on voit très nettement. Au niveau du point de jonction de la première et de la deuxième partie du duodénum, la palpation sous l'écran permet de localiser à ce point la douleur ressentie par le malade. »

Il y avait donc lieu, en présence de cet ensemble clinique, de conclure à la présence d'un ulcus dont l'examen radioscopique semblait indiquer nettement le siège à l'angle situé à l'union de la première avec la seconde partie du duodénum.

Le traitement médical n'ayant pas amené d'amélioration suffisante, l'intervention fut décidée et pratiquée par le Dr Labey.

L'estomac n'était pas dilaté et le pylore était intact. A l'union de la première avec la seconde partie du duodénum, par conséquent, exactement au point indiqué au moment de l'examen radioscopique on constata une traînée cicatricielle blanchâtre de forme étoilée qui exagérait un peu l'angle du duodénum, mais ne déprimait que légèrement la paroi. De cette plaque cicatricielle étoilée part une bride cicatricielle qui

court dans la première portion du duodénum et vient se perdre au-dessus du pylore. Il n'y a aucune adhérence aux organes voisins et en particulier à la vésicule biliaire.

La question de l'exclusion du duodénum fut agitée, mais en raison de l'état du malade qui venait d'avoir une syncope chloroformique assez grave, on se contenta de pratiquer une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Le malade, revu le 1^{er} mai, était dans un état très satisfaisant. Il n'éprouvait plus qu'un peu de sensibilité vers la partie supérieure de la cicatrice opératoire.

Les douleurs sous-hépatiques avaient disparu.

OBSERVATION VI

(W. Oettinger, Soc. méd. des hôp. Paris 26 mai 1911.)

M. V..., comptable, âgé de cinquante-sept ans, vient consulter en mars 1910 pour des douleurs qu'il ressent dans l'abdomen depuis dix-huit mois. Vers l'âge de quarante ans, il aurait ressenti quelques troubles gastriques, caractérisés par des douleurs tardives, calmées par l'ingestion de nouveaux aliments, douleurs qui avaient disparu après un régime approprié; il n'a jamais eu d'ictère.

Il y a dix-huit mois environ, il ressentit pour la première fois des troubles caractérisés par des *douleurs quotidiennes, assez continues, siégeant sous les fausses côtes à droite, et s'irradant dans la région lombaire*; ces douleurs, assez continues, présentent cependant des paroxysmes très nettement accen-

tués vers 6 heures du soir et surtout dans la nuit, vers les minuit, au point qu'il ne peut dormir.

Ces douleurs surviennent par périodes de quinze jours à trois semaines puis disparaissent pendant deux ou trois mois, mais dans l'intervalle V... ressent cependant un point douloureux sous-costal qu'il compare à une névralgie. Il n'a jamais eu de vomissement, mais quelquefois des nausées.

L'examen de l'abdomen ne dénote rien de particulier, mais la palpation profonde, qui n'est pas douloureuse au niveau de l'épigastre, réveille *une douleur assez vive le long du bord externe du muscle grand droit à droite*, dans le voisinage de la vésicule biliaire; en ce moment V... n'est pas en périodes de crises.

Examen de l'estomac : tubage à jeun ne ramène rien.

Repas d'épreuve : quantité 135 centimètres cubes Congo
+ Günzburg + Mette : 22 millimètres.

A.....	3,28
H.....	2,26
H + C.....	1,02

L'examen des selles au point de vue de la présence d'hémorragies occultes est négatif (recherches par les réactifs de Meyer et de Schumm).

23 mars. — Notable amélioration dans les douleurs.

Il existe cependant, à la palpation, un point douloureux au niveau du bord inférieur prolongé de la dixième côte, à 8 centimètres de la ligne médiane; dans la région lombaire, la pression au niveau du neuvième espace intercostal est également douloureuse.

13 avril. — L'amélioration est progressive.

6 décembre 1910. — Depuis le 18 juin, l'état est bon ; V... n'a pas souffert, mais quand il se couche sur le dos, il ressent une gêne dans la profondeur qui l'oblige à se coucher dans le décubitus latéral droit ou gauche. Depuis huit jours les douleurs ont reparu avec une intensité plus grande que jamais, sous les fausses côtes à droite, mais pas dans la région dorsale. Ces douleurs sont très violentes ; elles surviennent comme auparavant vers les 5 heures du soir ou la nuit, durant de minuit à 3 heures ; pas de vomissements.

La recherche du sang dans les selles est négative.

Examen de l'estomac : à jeun on retire 30 centimètres cubes d'un liquide clair sans débris alimentaires.

A..... 2,04

H..... 1,46

Repas d'épreuve : 200 centimètres cubes mal émulsionnés.

A..... 4,09

H..... 2,99

L'examen radioscopique et radiographique pratiqué le 13 janvier montre que l'estomac n'est ni descendu, ni dilaté, que l'évacuation se fait normalement, qu'il n'y a que peu de contractions péristaltiques, mais que sa partie pylorique un peu effilée se continue par un duodénum légèrement ascendant retenu en haut et à droite sur le flanc de la troisième lombaire, de telle façon que dans son ensemble l'estomac semble tiré à droite de la colonne vertébrale.

On pense à la possibilité d'adhérences vésiculo-duodénales,

peut-être à des troubles gastriques consécutifs à une choléli-thiase latente, et le malade accepte avec enthousiasme l'idée d'une intervention chirurgicale, car, dit-il, il ne peut plus supporter ses douleurs.

Celle-ci est pratiquée par le D^r Labey le 1^{er} février : on constate à l'opération l'absence de tout calcul vésiculaire ; sur la séreuse duodénale, à 1 cm. 1/2 à 2 centimètres du pylore, existe sur la face postéro-supérieure une plaque blanchâtre, étoilée, avec épaissement des parois de l'intestin qu'on sent aisément au palper ; adhérences nombreuses du duodénum avec le hile du foie et le péritoine de l'arrière cavité des épiploons.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Les suites de l'opération sont absolument normales. Revu à plusieurs reprises après l'opération, examiné radioscopiquement, V... se déclare guéri ; les douleurs ont disparu, et il peut se coucher sur le dos, ce qu'il ne pouvait faire depuis très longtemps.

OBSERVATION VII

(W. Oettinger, Soc. méd. des hôp. de Paris, 26 mai 1911.)

M. Sch..., trente-sept ans, chauffeur, vient à l'hôpital en mars 1911 pour consulter au sujet de douleurs très violentes qu'il ressent dans la région épigastrique ; le médecin qui nous l'adresse a porté le diagnostic de lithiase hépatique. Les douleurs qu'il ressent remontent à fort longtemps, mais elles ne sont produites que par intervalles ; il en a éprouvé il y a sept ans : puis il y a deux ans, il a ressenti des douleurs analogues,

à celles qu'il a actuellement, pendant près de cinq mois ; les premières avaient été accompagnées d'ictère, ayant duré près d'un mois. Depuis le 16 janvier dernier, il souffre presque tous les jours, mais il est resté cependant, à de rares intervalles il est vrai, trois ou quatre jours de suite sans souffrir. Ces douleurs siègent au creux épigastrique et dans l'abdomen, assez souvent du côté droit, mais elles ne s'irradient ni dans les côtés, ni dans la région dorsale. Le matin, au réveil, et après le premier déjeuner, il ne ressent pas de douleur et peut s'alimenter ; il n'a pas de douleurs après le repas de midi, mais celle-ci apparaît vers les 6 heures et dure jusqu'à 8 ou 10 heures ; il ne mange pas quand il souffre. S'il n'a pas de douleurs dans l'après-midi, celles-ci apparaissent vers les 11 h. 1/2 ou minuit et alors elles durent jusqu'au lendemain matin.

Le malade ne s'alimente pas ou peu, quoique l'appétit soit conservé, car il a peur de souffrir et il est très amaigri.

Il n'a jamais présenté de vomissements avant le mois de décembre dernier ; depuis lors, il vomit à chaque crise un peu violente et le vomissement calme la douleur ; ce vomissement n'a jamais été alimentaire et il est constitué par des matières glaireuses et du liquide aqueux, acide, agaçant les dents, dont la quantité atteint jusqu'à 1/2 litre. Si la crise douloureuse débute vers 6 heures du soir, il vomit vers 10 heures ; si elle apparaît vers minuit, il vomit le matin.

Constipation habituelle, mais cédant aux lavements, sans glaires ni sang.

Examen. — A jeun, l'estomac ne clapote pas et ne présente rien d'anormal ; on réveille les douleurs par la palpation de la région épigastrique, sur la ligne médiane et en particulier dans

le voisinage de la vésicule biliaire sous les fausses côtes ; là il est assez difficile de faire une palpation profonde, à cause de l'état de contraction du muscle grand droit.

De même, la pression exercée au niveau des différents points abdominaux Mac Burney, Lanz, est également assez douloureuse.

Le foie est normal d'apparence ; pas d'ictère.

Après un repas d'épreuve, pris la veille au soir, on ne retire, le lendemain matin à jeun, aucun débris alimentaire, mais seulement 2 à 3 centimètres cubes restés dans la sonde, de liquide acide, réagissant au papier du Congo.

Repas d'épreuve : A 27 centimètres cubes seulement.

A.....	4,74
H.....	3,36

Mette, 19 — 19,5. Réaction de Günzbourg positive. L'examen des selles fait par le réactif de Meyer, dans les conditions habituelles d'examen, après un régime lacto-farineux, donne une très légère réaction.

L'examen radioscopique et radiographique montre un estomac plutôt petit, après ingestion de 300 centimètres cubes d'émulsion de carbonate de bismuth dans l'eau ; il n'y a que peu de contractions péristaltiques ; par contre, la première portion du duodénum sur la radiographie paraît remonter en haut et à droite, le long de la troisième lombaire, et l'estomac, dans son ensemble, est comme tiré plus à droite que normalement. L'évacuation se fait rapidement.

Opéré le 26 mars 1911 par le Dr Labey, on trouve un magma d'adhérences s'étendant très haut le long de la première

portion du duodénum qui adhère à la vésicule biliaire ; celle-ci est normale et ne contient aucun calcul. Le duodénum est épaissi à 1 ou 2 centimètres du pylore. Diagnostic chirurgical : ulcus duodénal.

Gastro-entérostomie postérieure. Suites opératoires normales. La guérison survient rapidement.

Revu à diverses reprises, S... se déclare complètement guéri de ses douleurs et se porte aussi bien que possible.

OBSERVATION . VIII

W. Cettinger, Soc. méd. des hôp. Paris, 26 mai 1911.

L... quarante-quatre ans, mécanicien, souffre de troubles gastriques depuis vingt ans ; vers 1891 il a commencé à être pris, par période de huit à quinze jours, à plusieurs mois d'intervalle, de douleurs épigastriques, assez bien localisées au-dessous de l'appendice xyphoïde, douleurs vives sans irradiations ; elles débutaient toujours deux ou trois heures après les repas, surtout après le repas de midi, duraient une heure ou deux et étaient calmées par l'ingestion de nouveaux aliments. A cette époque, il ne présente pas de vomissements. Depuis une douzaine d'années, ces crises se sont rapprochées et leurs caractères se sont un peu modifiés ; le siège initial reste bien localisé sous l'appendice xyphoïde, mais la douleur s'accompagne de sensation de barre et d'irradiations dans les deux hypochondres et la région dorsale, donnant au malade la sensation de constriction par une ceinture. En même temps apparaissent des vomissements survenant généralement une demi-heure après

le début des douleurs et les soulageant aussitôt, quoique fort peu abondants. *L'appétit restait normal*; les selles étaient irrégulières. Les crises vont en augmentant d'intensité jusqu'en 1909, époque à laquelle le malade se fait soigner à l'hôpital Beaujon ; l'exploration de l'estomac donnait alors les résultats suivants :

A jeun : 20 centimètres cubes d'un liquide clair, sans débris alimentaires. HCl positif.

Après le repas d'épreuve d'Ewald : 100 centimètres cubes mal émulsionnés. Congo positif, Günzbourg positif.

A.....3,2

H.....1,4

Réaction de Meyer très positive dans les selles. Soigné par un régime approprié et par le traitement bismuthé, L... s'améliore peu à peu et tous les troubles douloureux disparaissent, jusqu'en février 1911 ; à cette époque, il est pris de douleurs débutant brusquement trois ou quatre heures après le repas de midi, durant deux ou trois heures, recommençant tous les jours à la même heure ; mais elles n'ont plus le même siège qu'auparavant et le malade les localise à mi distance du rebord du foie et de la crête iliaque, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du point de Mac Burney ; irradiations en ceinture, mais pas de douleurs épigastriques.

Appétit conservé, pas de vomissements ; pas de constipation.

Le malade est pâle, amaigri, souffre beaucoup.

L'examen de l'estomac dénote un clapotage assez marqué,

mais aucune contraction péristaltique ; la pression réveille de la douleur sur la ligne blanche et sous les fausses côtes à droite, mais à gauche également ; il n'y a pas cependant de douleur réveillée par la pression dans le point où L... accuse ressentir ses douleurs.

Le tubage à jeun ramène 33 centimètres cubes de liquide contenant un peu de bile ; HCl : O. Repas d'épreuve : 165 centimètres cubes mal émulsionnés :

A	2,63
H	1,46

Mette : 12-13.

La recherche du sang (avec le réactif de Meyer) dans les selles est positive, quoique faible.

17 février. — Amélioration sous l'influence du régime lacté et du traitement bismuthé. Examen radioscopique. L'estomac est plutôt de petites dimensions, sans distension du fundus, peu de contractions péristaltiques. La première portion du duodénum est notablement ascendante et portée à droite, de même que l'estomac dans sa totalité.

8 mars. — État général meilleur ; diminution sensible des douleurs ; celles-ci présentent toujours leur maximum à droite, à deux ou trois centimètres de la ligne médiane et légèrement au-dessus de la ligne ombilicale.

13 mars. — Le malade, sorti les jours précédents, revient avec de violentes douleurs dont le siège est toujours à droite de la ligne médiane ; la pression est douloureuse sous les fausses côtes à droite, quoique L... la localise plutôt dans le voisinage du point de Mac Burney. Un vomissement aqueux. L'examen

des selles est positif en ce qui concerne la présence d'hémorragies occultes (Meyer). Opéré le 29 mars 1911 (Dr Labey). Gastro-entérostomie postérieure. Aspect livide, congestionné de la première portion du duodénum, mais il n'existe ni induration sensible, ni épaissement de la paroi intestinale. L'angle hépato-duodénal est maintenu élevé par des adhérences. Du côté de l'estomac, il existe sur la face postérieure, dans la région moyenne, une cicatrice blanchâtre avec des adhérences de la face postérieure (cette lésion représentait vraisemblablement la cicatrice de l'ulcère dont L... a dû être atteint plusieurs années auparavant. Revu dans le courant d'avril et mai, L... se déclare guéri, ne souffre pas et reprend son service de mécanicien.

OBSERVATION IX

W. Oettinger, Soc. méd., Hôp., Paris, 26 mai 1911.

M^m H..., cinquante-trois ans. Opérée d'un fibrome utérin il y a sept ans, à la Pitié, elle conserve une grosse éventration. M^{me} H..., est habituellement bien portante, malgré quelques angines ou rhumes.

Il y a vingt ans environ, durant cinq ou six ans, elle aurait souffert par intervalles de troubles gastriques, survenant par crises de deux ou trois mois de durée, mais depuis, elle ne s'en était plus jamais plainte.

Il y a une dizaine de jours, vers le milieu de février 1911, elle ressent quelques troubles gastriques, caractérisés par une sensation de pesanteur survenant presque immédiatement

après les repas ; pas de douleurs, pas de vomissements ; constipation opiniâtre.

26 février. — Se trouvant dehors, M^{me} H., est prise d'étourdissements avec sueurs froides et tendance syncopale ; elle rentre difficilement chez elle et se met au lit.

27 février. — Elle se lève pour aller à la selle et elle rend une garde-robe très abondante, pâteuse et noire comme du goudron. Elle est prise de malaise et d'étourdissement. Vers huit heures du matin, nouvelle hémorragie ; elle a des nausées, se sent très faible et est apportée à l'hôpital le 1^{er} mars.

C'est une malade très pâle, au teint blafard, décoloré.

L'examen révèle une éventration abdominale très accusée au niveau de la cicatrice opératoire.

L'estomac est abaissé, le foie déborde légèrement, mais on ne réveille nulle part de douleur par la palpation au niveau de l'épigastre, du foie. Les autres viscères : cœur, poumons, etc. sont normaux ; le pouls est à 76, la température à 38 degrés.

5 mars. — Les selles sont encore noires.

16-18 mars. — Les selles ont repris leur coloration, mais, avec le réactif de Meyer, elles présentent encore une réaction positive.

31 mars. — Depuis une quinzaine de jours, la malade, qui ne se plaignait jusque-là d'aucune douleur, qui ne présentait aucun phénomène gastrique quelconque, ni perte de l'appétit, ni vomissement, déclare ressentir une douleur dorsale, à droite, au-dessous de l'omoplate, sans horaire très fixe, mais survenant plutôt le jour que la nuit, et en particulier dans la station debout ; à plusieurs reprises, cependant, la douleur l'a empêchée de dormir. Elle s'irradie quelquefois dans les dernières côtes,

sans se propager vers l'abdomen, des deux côtés mais *plutôt à droite*.

Le tubage de l'estomac à jeun ne ramène rien ; le repas d'épreuve donne 32 centimètres cubes d'un liquide mal émulsionné, dont l'A est de 2,84 ; H : 1,40.

La recherche du sang dans les selles (réactif de Meyer) donne du 29 mars au 11 avril, quatre résultats positifs sur six qui sont pratiqués.

La radiographie montre une ptose gastrique très accentuée, mais l'angle hépato-duodénal ne suit pas l'estomac dans sa ptose et reste fixé sur le bord droit de la troisième lombaire.

En tenant compte de l'hémorragie intestinale, de l'absence d'hématémèse, des douleurs — quoiqu'elles n'aient rien de caractéristique — nous pensons à la possibilité d'un ulcus duodénal et proposons l'opération qui est acceptée.

Elle est faite par le Dr Ricard. Diagnostic chirurgical :

Ulcère duodénal, avec induration et épaissement du duodénum dans sa région antéro-supérieure, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, siégeant à 1 centimètre environ de l'anneau pylorique ; le duodénum paraît dilaté. Le péritoine gastrique est légèrement adhérent en arrière, au niveau de la petite courbure ; le duodénum adhère au col de la vésicule biliaire. Celle-ci a le volume d'une poire d'Angleterre ; elle est remplie de bile fluide, verdâtre et contient, au niveau du col, un calcul de la grosseur d'une cerise, calcul arrondi, ovoïde unique sans boue biliaire. Adhérence du grand épiploon.

Gastro-entérostomie postérieure. Cholécystectomie rétrograde.

Les suites opératoires sont excellentes, mais l'opération est encore trop récente pour juger le résultat définitif.

L'existence d'un calcul vésiculaire, coïncidant avec un ulcère duodénal, à laquelle nous n'avions pas songé, étant donné l'absence de tout symptôme, peut expliquer probablement les douleurs dorsales dont se plaignait la malade, quoiqu'il puisse se faire que la lésion duodénale jouât un rôle dans leur pathogénie.

L'examen attentif de la radiographie faite après l'opération, nous a permis de retrouver la petite tache formée par le calcul vésiculaire, tache qui avait passé inaperçue à un premier examen.

OBSERVATION X

(A. Jianu, thèse de Bucarest, 1907.)

Michel C..., quarante-quatre ans, cultivateur, entre dans le service du professeur Th. Jonesco, à Bucarest, le 31 janvier 1908.

Bien portant dans son enfance. Nie la syphilis et toute maladie vénérienne. Pas d'excès alcooliques. Ne fume pas.

Début de la maladie actuelle, il y a cinq mois, par une vague douleur dans la région épigastrique. Cette douleur, survenant principalement après les repas, mais au commencement instable, sans horaire précis, présente bientôt un maximum d'intensité sous l'appendice xyphoïde, d'où elle irradie vers l'épigastre, et les deux hypochondres. L'horaire de la douleur commence à se préciser, et c'est environ deux heures après les repas que le malade souffre. Il éprouve habituellement une sensation de pesanteur, de tiraillement dans la région épigas-

trique, sensation accompagnée quelquefois de nausées, de vomissements même. Parfois les souffrances sont telles, que le malade se provoque des vomissements qui, d'ailleurs, ne le soulagent guère. Jamais d'hématémèse, ni de melæna.

L'appétit est bon. Ne suit aucun régime.

Le malade demanda son entrée à l'hôpital à cause des douleurs qu'il ressentait. On se trouve en présence d'un homme ne pesant que 57 kilogrammes. Les douleurs localisées dans la région épigastrique sont très vives, surtout deux à trois heures après les repas. L'appétit est conservé, mais le malade mange peu dans la crainte de souffrir. Pas de vomissements.

L'inspection et la palpation de l'abdomen ne révèlent rien d'anormal. Pas de tumeur, pas d'induration profonde. Par la pression, *on détermine un point douloureux sur le prolongement de la ligne parasternale droite*, à deux travers de doigt de la ligne médiane sur le rebord costal. En insufflant l'estomac, on constate que la grande courbure descend à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. *Le matin à jeun on ne retire rien par la sonde.*

Repas d'épreuve d'Ewald : A : 2,11 ; H : 1,09 ; C : 0,94 ; H + C : 2,03 ; T : 2,90 ; F : 0 87.

La réaction de Weber dans les fèces est positive.

En raison des douleurs violentes survenant deux à trois heures après les repas, à localisation prédominante dans l'hypochondre droit, douleurs non accompagnées de vomissements spontanés, de l'hyperchlorhydrie prononcée, de la présence de sang dans les matières fécales, on pense à un ulcus du duodénum.

Opéré le 8 février 1908 par le professeur Th. Jounesco. Laparatomie sous-ombilicale. On extériorise l'estomac. Légères

adhérences au niveau du pylore entre la paroi et l'estomac ; par la palpation il semble s'agir d'un ulcère s'étendant plutôt sur la première portion du duodénum ; on renonce à l'extirper à cause des adhérences qu'il présentait en arrière avec le pancréas. Exclusion du pylore par le procédé Jounesco.

Après fermeture de la portion cardiaque de l'estomac, on explore la portion pylorique et on constate qu'il n'y a aucune sténose ; par contre une ulcération s'étendant sur la première portion du duodénum. On ferme cette portion par deux points de suture. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

3 mars 1908. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XI

A. Jianu, thèse de Bucarest, 1907.

Stefan Ionita V..., quarante-deux ans, agriculteur, est reçu dans le service du professeur Th. Jounesco le 11 mars 1908.

Bien portant jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. Vers cette époque il eut le paludisme et à vingt-cinq ans la fièvre typhoïde. Excès alcooliques et tabagiques.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans, par des douleurs vagues, d'abord mal localisées dans tout l'abdomen, ensuite prédominantes dans l'hypochondre gauche, d'où elles irradièrent vers le côté droit. Elles n'étaient pas influencées par l'alimentation. Pas de nausées, pas de vomissements. Pyrosis. Appétit conservé. Selles régulières.

Sans avoir perdu son appétit, ne suivant aucun régime, le

malade, depuis trois mois, a remarqué que les douleurs sont devenues plus fortes, et surviennent avec un maximum d'intensité trois à quatre heures après les repas, puis se calment *sans être accompagnées de vomissements*. Il y a deux mois, il aurait remarqué que ses selles étaient noires comme de la poix.

Ce sont les douleurs qui amènent le malade dans le service, pour être opéré.

Bon état général. Rien dans les urines.

L'abdomen est légèrement excavé. Pas de mouvements péristaltiques, rien d'anormal à la palpation. *Pas de clapotage*. A la pression, *point douloureux à 2 travers de doigt, au-dessus de l'ombilic et à droite de la ligne médiane*.

Après insufflation de l'estomac, la grande courbure descend à 4 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. *Le matin à jeun, on n'extraît rien par la sonde*,

Repas d'épreuve (Ewald). Extraction d'un suc gastrique dans lequel on remarque des détritits de pain bien digéré.

L'examen chimique donne : A : 3,34 ; H : 0,82 ; C : 2,02 ; H plus C : 2,84 ; E : 4,02 ; F : 1,18.

La réaction de Weber dans les fèces est positive.

En résumé, le malade présente des douleurs extrêmement violentes, survenant trois ou quatre heures après les repas, qui le font venir à l'hôpital et demander qu'il soit opéré. Hyperchlordrie. Hyperacidité, Weber +.

24 mars. — Opération par le professeur Th. Jonesco. Ulcère de la première portion du duodénum adhérent au pancréas. Exclusion du pylore. Guérison.

OBSERVATION XII

Neudoerfer, *Ulcère du duodénum. — Forme douloureuse*

(*Deutsch. Arch. für Klinische chir.*, 1910.)

Femme quarante-trois ans. Troubles gastriques depuis vingt ans. Jeune fille, elle accusait des douleurs profondes au creux épigastrique, survenant trois ou quatre heures après le repas, durant une à deux heures, pour subitement faire place à une santé parfaite. Ces crises duraient parfois six mois puis disparaissaient et la malade ne se ressentait de rien pendant dix à douze autres mois. *Jamais de vomissements.* Les selles n'ont jamais été noires. *Jamais de diarrhée.*

Examen. — Aucune sensibilité douloureuse dans la région épigastrique. *L'estomac n'est pas dilaté. Sensibilité à la palpation dans la région vésiculaire.* Repas d'épreuve : acidité exagérée. Pas d'acide lactique. *Pas de stase le matin à jeun.* Acidité totale : 1,67.

Opération. — Ulcus de la dimension d'une pièce d'un franc, à 2 centimètres du pylore, sur le duodénum.

OBSERVATION XIII

Neudoerfer, *Ulcus du duodénum. — Forme douloureuse*

(*Archiv. f. Klinische chirg.*, 1910).

Homme trente-trois ans. Fièvre typhoïde à vingt et un ans. Peu de temps après, il commença à souffrir de l'estomac. Il

accusait des douleurs qui, au commencement surtout, survenaient tous les deux jours, trois heures après le principal repas, et *siégeaient dans le côté droit du ventre*. Son état resta le même, pendant plusieurs années. Le malade fut traité comme neurasthénique jusqu'à il y a cinq ans, lorsqu'un médecin constata du sang dans ses selles. Il suivit une cure sévère pendant deux mois sans résultat. Les dernières années, les douleurs étaient très fortes, survenaient toujours trois heures après les repas, étaient localisées d'abord dans la partie supérieure de l'abdomen, puis prenaient le caractère de véritables coliques profondes. Dernièrement encore il fut traité comme neurasthénique, l'examen du contenu gastrique ayant été négatif.

Examen. — L'abdomen n'est pas sensible. Par contre, *sensibilité nette à la palpation, à droite de la ligne médiane*, à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Au premier examen, le malade n'étant pas en crise, il n'y a pas de défense du muscle grand droit. Une demi-heure plus tard, la crise survient et la défense est des plus manifeste. Repas d'épreuve : acidité totale 1,22, HCl libre ; pas d'acide lactique.

Radioscopie : trois heures après l'ingestion d'un repas bismuthé celui-ci commence à franchir le pylore ; quatre heures et demie après surviennent les douleurs.

Les selles sont normalement colorées.

Diagnostic porté : ulcus du duodénum.

Opération. — A 2 centimètres du pylore, sur la face supérieure du duodénum, on sent au palper deux ulcus à côté l'un de l'autre. Le pylore paraît libre.

OBSERVATION XIV

Neudœrfer, *Ulcère du duodénum — Forme douloureuse*
(*Arch. f. Klinische chirurg.*, 1910).

Homme quarante-deux ans. Crises de brûlures tardives, depuis onze ans. Première crise ayant duré neuf mois. Intervalle de bonne santé d'un an. Surviennent des douleurs, toujours à caractère tardif, localisées à l'épigastre, non améliorées par un traitement médical. Au bout de six mois, amélioration spontanée ; pendant deux ans, plus de douleurs ; rechute sans cause connue. Depuis, rémissions spontanées, de quelques mois de durée alternant avec des périodes de violentes crises douloureuses. *Pas de vomissements*. Ne peut pas dire si ses selles ont été noires à certains moments. Souffre surtout depuis six mois ; douleurs tardives, le réveillant la nuit, et se propageant dans le dos.

Examen. — *L'estomac ne paraît pas dilaté*. Sensibilité à la palpation, à droite de la ligne médiane, entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes. Défense du grand droit pendant une crise. Repas d'épreuve. Pas d'acide lactique, acidité totale : 2,68.

Opération. — Sur la paroi antérieure du duodénum, à 2 centimètres du pylore, un ulcère de la dimension d'une pièce d'un franc. Gastro-enterostomie. Guérison.

OBSERVATION. XV

Neudœrfer, *Ulcère du duodénum. — Forme douloureuse*
(*Arch. f. klinische Chir.*, 1910).

Homme cinquante-quatre ans. Bien portant jusqu'à il y a huit ans, lorsqu'il commença à éprouver des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, survenant habituellement cinq heures après le principal repas : elles étaient très violentes, duraient une heure à une heure et demie, et disparaissaient subitement. Un traitement médical fit disparaître complètement ces douleurs, et le malade passa un an sans en avoir. Au bout de ce temps, elles revinrent plus fortes, et le traitement resta inefficace. Après un court intervalle de bonne santé, nouvelle rechute. Depuis un an, le malade vomit trois fois par jour ; les douleurs surviennent une heure après les repas et *siègent à droite de la ligne médiane*, autour de l'ombilic, *irradiant dans le dos*.

Examen du malade. — Abdomen un peu ballonné, particulièrement dans sa partie supérieure. A droite de la ligne médiane, à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, sur le muscle droit, un point douloureux à la pression. Repas d'épreuve (au bout de trois quarts d'heure) : acidité totale : 2,01.

Opération. — Pylore libre. Ulcus de la partie supérieure de la seconde portion du duodénum. Adhérences.

OBSERVATION LXVI

Lecène, *Ulcère calleux de la première portion du duodénum*
(Société de Chir. de Paris, 7 mars 1911.)

Homme trente-trois ans. Souffre depuis plusieurs mois de douleurs abdominales et a beaucoup maigri. Entre à l'hôpital Bichat le 27 décembre 1910. Depuis le mois d'octobre 1910, violentes douleurs débutant dans la fosse-iliaque droite, diffusant dans tout le ventre. Elles ne sont pas constantes, mais se produisent par crises, qui surviennent tous les huit ou dix jours et durent une ou deux heures. Pas de rapports nets avec les repas, se reproduisant à des heures très variables du jour et de la nuit.

Dans l'intervalle des crises, le malade éprouvait souvent une sensation de pesanteur dans la partie droite du creux épigastrique. Les douleurs étaient calmées par l'ingestion des aliments.

Vomissements tous les deux ou trois jours, liquides aigres, abondants, plusieurs fois ils ont été colorés en brun noirâtre. Ces vomissements étaient souvent précédés de douleurs vives, disparaissent après.

Appétit conservé. Constipation habituelle.

Amaigrissement : 7 à 8 kilos depuis le mois d'octobre, mais le malade n'est pas cachectique.

Auparavant il éprouvait parfois des douleurs sourdes dans la

région du creux épigastrique. Son appétit était très bon, et jamais il ne vomissait. Pas d'excès de boisson.

Examen du malade. — Abdomen excavé. Pas de voussure appréciable. A la palpation on ne sent nulle part de tumeur, mais dans la fosse iliaque droite on détermine par la pression un point douloureux qui siège à deux travers de doigt au-dessous du milieu de la ligne spino-ombilicale. C'est au niveau de ce point que débudent les crises douloureuses. Il n'y a pas de contracture des muscles abdominaux au niveau du point douloureux.

En palpant la région épigastrique, on sent que le muscle grand droit, du côté droit, est contracturé dans la partie supérieure. Après plusieurs minutes d'examen, on voit brusquement apparaître une ondulation péristaltique qui soulève le creux épigastrique.

Examen de l'estomac. — Quatorze heures après ingestion d'une soupe contenant des carottes, on extrait 550 centimètres cubes d'un liquide noirâtre, sale, ne contenant pas de débris de carottes. HCl positif; pas d'acide butyrique, traces d'acide lactique.

Repas d'Ewald : A : 2,19; T : 3,43; H : 0,81; F. : 1,46
C : 1,16; H positif C : 1,97; $\frac{T}{F} = 2,4$, $\alpha = 1,2$.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. — Ulcus duodénal avec accidents de sténose.

Opération. — Le pylore est reconnaissant à son anneau sphinctérien et à la veine pylorique; il est normal, ainsi que le reste de l'estomac. On voit, et surtout on sent loin, sous le

foie, une masse calleuse, rosée, vasculaire, qui englobe la première portion du duodénum, la vésicule et le pancréas.

OBSERVATION XVII

Sk. Kemp, *Ulcère du duodénum. — Gastro-entérostomie*
(*Zeitschr. für klinische Med.*, 72 Band p. 522, 1910.)

J. H..., vingt-deux ans, menuisier. Antérieurement bien portant.

La maladie actuelle commença un an auparavant par une pesanteur, se transformant peu à peu en une douleur forte qui siégeait dans la partie droite du creux épigastrique. En même temps, vomissements abondants, glaireux, sans restes alimentaires, principalement le soir ou la nuit, toujours quelques heures après les repas. Constipation habituelle. A trois reprises, les selles ont été très foncées. Le malade est maigre et pâle. Hémoglobine, 41 o/o.

Examen. — Abdomen normal, non douloureux. La réaction de Weber dans les fèces trois fois positive. Les symptômes douloureux disparurent à la suite d'un traitement sévère, et trois mois après son entrée à l'hôpital il le quittait très amélioré; mais quatorze jours plus tard, les douleurs ayant recommencé, il rentre dans le service.

Opération. — On trouva sur la paroi antérieure du duodénum, à 7 centimètres, du pylore une partie infiltrée cicatrisée, et dans son centre, on sentait une perte de substance, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Gastro-entérostomie.

OBSERVATION XVIII

Sk. Kemp, Ulcère du duodénum. — Vomissements. — Gastro-entérostomie. — Mort huit jours après par hémorragie. — Autopsie (Zeitschr. f. klinische med.).

M. P..., trente ans, antérieurement bien portant. Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, forte crise douloureuse subite dans l'hypocondre droit, ayant duré trois à quatre jours ; en même temps, vomissements. Ensuite, bonne santé, interrompue quelquefois par des brûlures, à droite. Depuis six mois, crises périodiques fortes : douleurs vives dans la partie droite de l'épigastre, survenant deux heures après les repas, accompagnées de vomissements alimentaires ; depuis, tardivement dans la nuit (vers 4 heures), vomissements périodiques abondants (1 litre) d'un liquide clair très acide. Ces crises duraient deux à quatre jours, ensuite il y avait une amélioration relative (douleurs légères) d'une semaine à un mois. Jamais de melœna ou d'hématémèse. Léger ictère il y a trois mois et demi.

Le malade est maigre et pâle ; l'abdomen légèrement douloureux dans la partie de l'épigastre. Weber positif.

Malgré une diète sévère, les vomissements ne cessaient pas et épuisaient le malade. (Perte de poids en une semaine : 3.540 gr.)

Opération. — Gastro-entérostomie ; huit jours plus tard, le malade succomba à la suite d'une forte hématomèse.

Autopsie. — Ulcère du duodénum à 1 cm. 1/2 de la val-

vule pylorique. La lumière du duodénum, à ce niveau, est plus étroite que normalement. Estomac légèrement dilaté.

OBSERVATION XIX

Sk. Kemp, *Ulcère du duodénum. — Gastro-entérostomie.*

(*Zeitschrift f. klinische med.*, 1910.)

K. N..., quarante-sept ans. Depuis plusieurs années, légères douleurs épigastriques ; il y a trois ans, douleurs vives, accompagnées de vomissements, souvent sanglants. A la suite d'un traitement sévère, pendant deux mois, le malade est très amélioré, et reprend son travail, lorsque, il y a un an, surviennent de nouveau des douleurs vives à gauche, dans la région épigastrique, généralement une demi-heure après les repas ; souvent vomissements sanglants. Renvois acides avec pyrosis. Constipation habituelle.

Le malade est maigre et pâle. Hémoglobine 95 o/o.

Examen. — Abdomen douloureux dans la partie gauche de l'épigastre ; Weber négatif deux fois.

Opération. — Fortes adhérences entre le duodénum et la vésicule biliaire. Pas de calculs biliaires. Pas de cicatrice sur l'estomac. Le pylore est libre. Diagnostic : ulcus du duodénum. Gastro-entérostomie.

OBSERVATION XX

Sk. Kemp, Ulcère du duodénum. — Gastro-entérostomie.

(*Zeitschr. f. klin. med.*, 1910.)

C. W..., dix-huit ans. Les huit dernières années, douleurs dans la région épigastrique, survenant au commencement par périodes très espacées (jusqu'à six mois) ; peu à peu ces intervalles devinrent plus courts, et les crises douloureuses plus fortes et plus fréquentes, principalement les derniers six mois ; les douleurs sont localisées dans la région épigastrique à gauche ; elles sont calmées par l'alimentation et réapparaissent deux à trois heures après les repas ; elles sont particulièrement vives la nuit. Vomissements exceptionnels. Tendance à la constipation.

Malade maigre et pâle. Hémoglobine 75 o/o. Abdomen non douloureux, Weber positif. Les crises cessent à la suite d'un traitement sévère ; mais un mois plus tard, les douleurs réapparaissent et le malade eut une selle noire comme du goudron.

Opération. — A l'union de la première portion avec la seconde du duodénum, ulcus calleux. Estomac normal. Gastro-entérostomie.

OBSERVATION XXI

Sk. Kemp, Ulcère du duodénum. — Opération. — Guérison.

(*Zeitschr. f. klin. med.*, 1910.)

Marie S..., quarante-quatre ans. Il y a dix-huit ans, la malade a souffert d'un « ulcère intestinal, avec crises de défaillances »

pendant cinq semaines. Depuis cette époque, elle éprouve dans la région épigastrique des douleurs survenant par périodes ; dans l'intervalle elle ne souffre pas. Depuis trois mois, violentes douleurs, débutant dans la partie droite de la région épigastrique, et irradiant dans le bras droit ; ces douleurs surviennent deux à trois heures après les repas, également la nuit, et les deux derniers mois, elles sont accompagnées de *vomissements d'un liquide clair, aigre, sans restes alimentaires*. Alternatives de diarrhée et de constipation.

La malade est maigre. La palpation profonde réveille une sensibilité vive dans la partie droite de l'épigastre.

Weber positif deux fois. Les crises douloureuses persistent malgré un traitement sévère.

Opération. — A quelques centimètres du pylore on trouve un ulcère de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le duodénum à ce niveau est rétréci, petit, épaissi.

OBSERVATION XXII

J.-P. Zum Busch, *Ulcère du duodénum. — Opération.*

Guérison. (Münch. med. Woch., 1910, n° 28.)

W. E..., menuisier, cinquante ans.

Depuis douze ans, crises de douleurs abdominales, survenant longtemps après les repas. Vomissements occasionnels. Selles régulières, souvent noires comme du goudron. A la palpation, sensibilité circonscrite à droite, au-dessus de l'ombilic. *L'estomac ne contient, à jeun, aucun reste alimentaire.*

Diagnostic. — Ulcus du duodénum.

Laparotomie. — L'estomac et le pylore sont libres. Le commencement du duodénum paraît anormalement élargi, et à la fin de la première partie on voit et on sent un ulcère à bords durs. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXIII

J.-P. Zum Busch, *Ulcère du duodénum ayant simulé un néoplasme.* — Gastro-entérostomie. — Guérison (*Münch. Med. Woch.*, 1910, n° 28).

V. W..., quarante ans. Le malade avait été soigné pendant très longtemps par un médecin, pour une sténose du pylore. Il s'agissait d'un homme très maigre avec dilatation de l'estomac et stase ; acidité : O ; acide lactique négatif. Comme le malade vomissait tout ce qu'il mangeait, on lui proposa dans l'hypothèse d'un néoplasme pylorique (on sentait nettement une rénitence à droite, près de l'ombilic) une opération. Ayant observé des métastases cutanées (p) un médecin spécialiste, la lui déconseilla.

Le malade fut quand même laparotomisé. On trouva le pylore libre ; la première portion du duodénum était transformée en une grosse tumeur, dure, irrégulière, fortement adhérente aux organes voisins. L'opération confirma donc le diagnostic de néoplasme (du duodénum sans doute) et comme l'excision paraissait impossible, on pratiqua la gastro-entérostomie. Un mois après, le malade se trouvait beaucoup mieux ,

les vomissements avaient cessé, et il avait augmenté de poids.

M. Busch le revit trois ans après l'opération ; les douleurs avaient complètement disparu, la guérison était complète. Le diagnostic donc de néoplasme avait été erroné.

OBSERVATION XXIV

Vautrin, *Ulcère cicatriciel du duodénum* (*Arch. gén. de chirurgie*, 1910).

M..., mégissier, trente-trois ans, vient consulter pour des troubles gastriques qui ont commencé à l'âge de dix-huit ans. Troubles caractérisés par des digestions difficiles au début, par des crampes après les repas. Les selles ont présenté du méléna à plusieurs reprises. Il n'y a jamais eu d'hématémèses. Depuis deux ans, les douleurs sont devenues plus fréquentes et plus fortes ; elles se produisent surtout après les repas, sont plus violentes lorsque l'alimentation n'est pas liquide, et sont suivies de vomissements qui surviennent de trois à huit heures après les repas. Amaigrissement très marqué, surtout depuis plusieurs mois.

Estomac fortement dilaté. La palpation est un peu douloureuse vers le pylôre, où on ne perçoit aucune induration notable.

Laparotomie : estomac indemne de toute lésion ; le pylôre lui-même est exempt de toute altération, mais sur la partie descendante du duodénum, on trouve une masse compacte, dure, adhérente, qui entoure l'intestin, et ressemble par son aspect

général à un néoplasme. Duodénectomie. Gastro-entérostomie postérieure.

Suites favorables. Le canal intestinal était réduit sur 2 centimètres environ aux dimensions d'une artère radiale.

OBSERVATION XXV (Résumée).

H. Bichat, de Lunéville, *Ulcère perforé du duodénum. — Laparotomie. — Guérison* (*Revue médicale de l'Est*, 1910, p. 641).

Camille C..., seize ans.

Jamais de maladies sérieuses antérieures.

Depuis plusieurs années, troubles gastro-intestinaux assez vagues. Peu d'appétit ; pendant plusieurs heures après les repas elle ressentait à la région épigastrique des pesanteurs accompagnées de renvois et parfois même de véritables crises douloureuses. Elle ne vomissait jamais et ne prêtait du reste pas bien grande attention à ces troubles gastriques qu'elle n'avait jamais soignés.

Constipation habituelle.

Cet état dure sans grandes variations et sans aggravation depuis trois à quatre ans, lorsque le 10 avril 1910 surviennent des accidents graves : après un repas copieux et une bonne promenade, vers 5 heures du soir, elle ressent des douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen ; tendance à la syncope.

Deux vomissements à 8 heures du soir, dont le premier aurait été coloré en rouge foncé.

Traitement. — Repos, glace.

Pas de renseignements sur le pouls et la température.

Le lendemain, aggravation ; on fait le diagnostic d'appendicite aiguë.

A 6 heures du soir, facies grippé. Yeux enfoncés, sensibilité vive sur toute la surface de l'abdomen, mais nettement plus accusée au creux épigastrique et dans la région sous-hépatique.

Laparotomie : l'estomac et le pylore sont intacts.

Perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes sur la face antérieure de la deuxième portion du duodénum.

Suture. Fistule biliaire momentanée du neuvième au vingtième jour après l'intervention. Un mois après pleurésie séreuse et broncho-pneumonie droite. Guérison.

Description. — Le mode de début de l'ulcus duodénal est le plus souvent assez obscur, et avant l'apparition des phénomènes caractéristiques (douleurs nettes et hémorragies) on ne trouve que des phénomènes vagues et peu précis dans les antécédents des malades ; ils n'accusent le plus souvent en effet que des troubles de dyspepsie sensitivo-motrice (pesanteurs après les repas, somnolence, ballonnement du ventre), et ces malaises parfois brusquement (obs. V) d'autres fois progressivement, (obs. X, XI et XVII) se transforment et prennent peu à peu le caractère de véritables douleurs, à horaire tardif, à siège précis, nettement localisé.

Une fois constitué, l'ulcus duodénal procède par poussées paroxystiques, plus ou moins prolongées, et caractérisées sur tout par des phénomènes douloureux ; pendant quinze jours (obs. VI), deux mois (obs. I, IX), cinq mois (obs. VII) les malades

éprouvent presque tous les jours des douleurs tardives, d'intensité variable, survenant en général quatre heures après les repas, douleurs siégeant tantôt à l'épigastre, tantôt dans l'hypochondre droit, irradiant vers la base droite du thorax, d'une durée moyenne de une à deux heures, calmées par l'ingestion des aliments, accompagnées quelquefois de vomissements rarement alimentaires, le plus souvent glaireux.

Des hémorragies, en général peu abondantes, peuvent survenir, se manifestant exceptionnellement par des hématomèses, le plus habituellement par des méléœnas; elles sont quelque fois très discrètes et pour les dépister il faudra avoir recours à l'examen chimique des fèces.

L'appétit est en général conservé, et si les malades maigrissent pendant la crise, c'est parce qu'ils s'alimentent insuffisamment par crainte de la douleur.

La constipation est la règle.

Par la palpation de la paroi abdominale, on détermine une vive sensibilité dans la région duodénale.

L'examen chimique du suc gastrique montre une hyperchlorhydrie notable.

Il n'y a enfin aucun signe de grande dilatation de l'estomac, de sténose pylorique, ni même d'hypersécrétion stomacale marquée et persistante.

À la suite d'un traitement sévère ou même spontanément (obs. XIV) la crise s'améliore, puis disparaît. Quelquefois elle peut ne plus se renouveler; mais, en général, après des mois (obs. XII) ou des années même (obs. XIV) de digestion très bonne ou de dyspepsie légère, sans gravité apparente; à la suite d'un écart de régime, ou d'une fatigue physique ou bien

même sans aucune cause appréciable, une nouvelle poussée, pareille à la précédente survient, et d'autres enfin peuvent suivre.

Lorsque les crises se répètent trop souvent, elles deviennent en général plus fortes et plus prolongées (obs. XX), les périodes de calme qui les séparent plus courtes et les phénomènes douloureux tendent à devenir permanents et à s'exagérer. Ils ne sont plus guère ou ne sont plus du tout calmés par l'ingestion des aliments ou du bicarbonate de soude. Les paroxysmes douloureux ne sont plus séparés par des périodes de rémission aussi franche. Tout cela s'explique par la permanence de l'ulcération, qui peut avoir déterminé la perforation des parois et la production d'adhérences avec les organes voisins et en particulier avec le pancréas.

Le malade s'affaiblit, devient cachectique, et l'on se demande alors s'il ne s'agit pas, soit d'une lésion primitivement cancéreuse, soit d'un ulcéro-cancer (A. Mathieu, 80). L'ulcère arrivé à ce stade, mérite le nom d'ulcère invétéré (A. Mathieu).

On peut dire que ce qui caractérise l'ulcère duodénal douloureux, au point de vue de son évolution, c'est le fait de donner lieu à des réactions péritonéales périoduodénales aboutissant à la production d'adhérences le rattachant aux organes voisins.

« La périoduodénite, la rétraction cicatricielle jointes aux adhérences peuvent même produire une tumeur dont il est difficile, même au cours de la laparotomie, de déterminer la nature. » Il en était ainsi dans les cas de Peyrot et de Soulioux et dans un autre de Tuffier (cités par A. Mathieu, 80). L'observation XXIII en est également un exemple très net.

2° Forme hémorragique. — Si les hémorragies

font partie, d'une façon presque normale, du cortège symptomatique habituel de l'ulcus duodénal, dans certains cas elles peuvent dépasser la moyenne, soit par leur abondance, soit par leur persistance ou leur répétition. Ce sont ces cas qui appartiennent à la forme hémorragique de l'ulcus du duodénum.

Faits cliniques :

OBSERVATION XXVI

Vautrin, *Ulcère du duodénum. — Hémorragies intestinales. Mort (Arch. générales de chirurgie, 1910).*

Homme, quarante-deux ans, vigoureux et d'excellente constitution, sans tare organique. Depuis plusieurs années il présentait les signes cliniques de l'ulcère du duodénum, consistant en : entérorragies abondantes et brusques, avec très légères hématomèses, douleurs dans la région sous-pylorique, survenant quatre à cinq heures après les repas, réveillées par la palpation à droite de l'ombilic.

Depuis plusieurs jours le malade était tombé dans un état d'anémie extrême, causée par des hémorragies intestinales fréquentes, qui ne s'arrêtaient que par des syncopes. L'alimentation avait été suspendue ; on pratiquait des injections de sérum, d'ergotine, etc., mais sans succès. Le patient était très prostré, pâle, presque exsangue ; pouls irrégulier et filant.

La laparotomie fut faite d'urgence.

Le duodénum mis à découvert, on ne put constater à sa

périphérie aucune adhérence. La paroi antérieure était épaissie à la palpation, congestionnée et sans souplesse. L'estomac ne présentait aucune lésion apparente.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure par le procédé de Roux. Suites immédiates bonnes.

Dans la nuit qui suivit, (dix-huit heures après l'intervention, une nouvelle hémorragie se produisit avec légère hématomèse, et fut suivie de plusieurs syncopes survenant à intervalles variables. Après plusieurs mélenas, le patient succombait vers 5 heures du matin dans une syncope finale.

(OBSERVATION XXVII)

Vautrin, *Ulcère du duodénum. — Hémorragies intestinales. — Hématémèses discrètes* (Arch. générales de chirurgie, 1910, p. 783).

M. L..., vingt-deux ans, employé de bureau, à plusieurs reprises déjà, depuis quelques mois, a eu des hémorragies intestinales très graves, avec hématémèses discrètes.

A chaque hémorragie, suivie de mélena pendant plusieurs jours, le malade tombait rapidement dans un état syncopal, avec pouls défaillant et filiforme, pâleur extrême des téguments, respiration fréquente, etc.

Au moment où M. Vautrin vit le malade pour la première fois, après une hémorragie, il était presque exangue et le pouls était imperceptible. On n'osa pas risquer une intervention.

Le jeune homme se rétablit, mais malgré le régime, ins-

titué, une nouvelle entérorragie survint aussi grave que les précédentes.

Laparotomie. Intégrité de l'estomac. Sur la face antérieure du duodénum, un épaississement notable de la paroi avec quelques adhérences périphériques.

Le diagnostic d'ulcère duodénal fut porté en raison du melœna, de la brusquerie de l'hémorragie sans hématemèse appréciable, du point douloureux à la pression situé à droite de l'ombilic et au-dessous du pylore.

Gastro-entérostomie suivant la méthode en Y, de Roux, les suites furent simples et bénignes; il n'y eut plus de melœna.

Quinze mois après l'intervention, le malade ayant repris son alimentation habituelle, une nouvelle hémorragie survenait dans les mêmes conditions et avec la même gravité que précédemment.

A quelques semaines d'intervalle, une seconde entérorragie se produisit, mais M. Vautrin, à partir de ce moment, a perdu le malade de vue.

OBSERVATION XXVIII

Vautrin, *Ulçère du duodénum. — Hémorragies abondantes et répétées* (*Archives générales de Chirurgie*, 1910).

Femme, vingt-sept ans, consulte M. Vautrin en août 1909. État de faiblesse et d'anémie extrême, après avoir subi depuis cinq mois une série d'entérorragies, avec hématemèses rares et peu abondantes.

Cette jeune femme souffrait de l'estomac depuis l'époque de son premier accouchement en 1902 ; elle avait eu ses premières selles sanglantes en 1903. Elle avait éprouvé une accalmie en 1904, pendant et après sa seconde grossesse ; mais dès la fin de 1905, elle avait été éprouvée par des crises d'hyperchlorhydrie successive, caractérisées par des vomissements copieux, des diarrhées fréquentes.

En 1909 apparaissent des hémorragies dont les premières furent méconnues, parce que les selles noires auxquelles elles donnèrent lieu ne furent pas remarquées.

Dès que le médecin traitant demanda à contrôler les déjections, il trouva du méléna apparaissant fréquemment avec une abondance variable. Il y eut trois entérorragies notables, avec lipothymies, pâleur, sueurs, soif vive, etc., dans le courant d'avril 1909. Après un arrêt de deux mois environ, les hémorragies avaient repris sinon très abondantes, du moins fréquentes, et la malade, dont les règles étaient supprimées depuis le mois de juin, était tombée dans un état d'anémie des plus inquiétants.

Au moment où la patiente consulta M. Vautrin, elle vomissait une grande partie des aliments qui lui étaient donnés. Méléna. Elle signalait une douleur pongitive et fréquente vers le pylore avec répercussion spinale, cette douleur était ramenée et exagérée par la pression du doigt.

Hyperchlorhydrie manifeste. Tous les traitements médicaux avaient été institués sans résultat.

19 août. — Laparotomie. L'estomac apparut normal. Le duodénum fut trouvé dans toute sa seconde partie entouré par

des adhérences filamenteuses qui agglutinaient le côlon transverse, l'épiploon gastro-hépatique et comblaient l'espace sous-hépatique. Exclusion du pylore. Gastro-entérostomie à la Von Hacker. Suites simples et bénignes. Il n'y eut plus d'hémorragies, et l'alimentation devint facile dès les premiers jours et il n'apparut plus de vomissement. La malade quitta la clinique forte et résistante. M. Vautrin eut l'occasion de revoir la malade quelque temps après, et constata que sa santé était devenue parfaite. Les troubles de l'estomac avaient disparu sous l'influence d'un régime institué contre l'hyperacidité.

OBSERVATION XXIX

Pewsner, *Ulcère du duodénum. — Forme hémorragique,*
— *Gastro-entérostomie (Arch. für Verdauungskr., 1911).*

Homme, quarante-neuf ans ; pas d'antécédents. Il y a trois ans, pendant une nuit, il fut réveillé par une douleur subite dans le ventre ; il se sentit très mal à son aise, il eut une selle impérieuse, noire comme du goudron, très abondante, ayant rempli, au dire du malade, un vase de nuit. Le lendemain matin, il se sentait mieux, et deux jours plus tard, allait à ses affaires, sans éprouver aucune douleur ; mais bientôt il commença à ressentir de légères brûlures à l'estomac, calmées par l'ingestion des aliments. En septembre 1910, nouvelle crise subite, nouvelle hémorragie forte *per os et per anum*. Cette fois-ci le malade fut obligé de garder le lit une semaine et demie ; ensuite, il put de nouveau reprendre son travail.

A son entrée à l'hôpital (novembre 1910), il se plaignait de faiblesse, quelquefois de brûlures gastriques survenant deux heures après les repas, calmées par l'alimentation. Facies très pâle. Hémoglobine : 45 o/o. A droite de l'ombilic, sur la ligne parasternale, on détermine par la palpation une douleur légère. Signe de Günzburg positif. Point très douloureux à droite et en arrière à côté de la première et de la deuxième vertèbre lombaire. Repas d'épreuve : HCl : 3. Acidité totale 1,80. Réaction de Weber deux fois négative dans les fèces, qui contiennent des graisses et des acides gras.

En janvier 1911, gastro-entérostomie. L'intervention confirme le diagnostic d'ulcère du duodénum.

OBSERVATION XXX

Denis-G. Zesas, *Ulcère du duodénum. — Forme hémorragique. — Gastro-entérostomie. — Guérison (Deutsche zeit. f. Chirurgie, 1910, p. 516).*

Homme, trente-deux ans, instituteur. La maladie actuelle a débuté sept ans auparavant par des douleurs siégeant au creux épigastrique, survenant deux à trois heures après les repas; elles disparurent au bout de quatre semaines, à la suite d'une diète sévère. Le 30 mars 1909, le malade eut une défaillance, et tomba dans la cour de l'école. Le jour même, il remarqua que ses selles étaient noires. Le 2 avril, il eut une seconde crise de défaillance (vertiges, brouillard devant les yeux). Nouveau melœna, et pendant quelques jours, ses selles restèrent noires.

Il garda le lit trois semaines, n'éprouvant, pendant tout ce temps, aucune douleur; de temps en temps seulement, avant les défaillances, il était pris de douleurs vives siégeant autour de l'ombilic, et irradiant entre les épaules.

Jamais de vomissements. Six mois plus tard, nouvelle hémorragie intestinale. La veille de Noël, troisième melœna, accompagné d'une faible défaillance.

Dans l'intervalle des hémorragies, il se portait bien et son appétit était excellent.

Examen du malade. — Malade pâle; abdomen sensible.

Estomac normal. — Examen du sang : hémoglobine : 55 o/o, 5 millions de globules rouges.

Intervention. — Pylore libre; tache nacrée sur la paroi antérieure du duodénum, près du pylore. Gastro-entérostomie; guérison.

OBSERVATION XXXI

Sk. Kemp, *Ulcère du duodénum.* — *Hématémèses à répétition* (Zeitichr. f. Klinische Med., 1910).

C. A..., quarante-quatre ans, télégraphiste. La maladie actuelle commença onze ans auparavant par une cardialgie, qui céda bientôt à la diète; bien portant pendant deux ans, lorsque la douleur revint, accompagnée de deux fortes hématémèses. La crise disparut bientôt. Au bout d'un an, nouvelle hématémèse; il garda le lit cinq à six semaines, puis reprit son travail, et ne se ressentit de rien, pendant cinq à six ans. Nouvelle hématémèse un an et demi avant son entrée à l'hôpi-

tal. Quatorze mois plus tard, survient une quatrième hématomèse qui se répéta quatre fois. Les derniers mois, quatre vomissements glaireux.

Malade maigre et pâle. Hémoglobine 90 o/o. Abdomen normal, non douloureux à la palpation. Weber négatif deux fois. Les crises douloureuses devenant très fortes, et les vomissements se répétant, on fut obligé d'intervenir. Le duodénum était adhérent dans la profondeur, le pylore un peu dilaté; un peu au-dessous, au duodénum, on sentait un léger rétrécissement, qui, sans doute, dépendait d'un ulcère. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXXII

Neudörfer, *Ulcère du duodénum. — Hémorragies* (*Archiv. f. Klinische Chirurg.*, 1910).

Homme, trente-six ans. Forte gastrorrhagie il y a trois ans, pour laquelle il fut soigné pendant six semaines dans une maison de santé. L'hémorragie est survenue sans que le malade se fût plaint auparavant de douleurs. Bonne santé, ensuite; mais depuis trois mois, douleurs gastriques, survenant habituellement quatre à cinq heures après les repas, se propageant quelquefois dans le dos. Cet état dure deux mois, et s'améliore, sans aucun traitement. Le 27 novembre, le malade eut subitement un vomissement de sang et fut amené à l'hôpital, où il eut de nouveau une forte hématomèse.

Examen. — Malade extrêmement pâle; pouls: 128 à peine perceptible. Le lendemain, nouvelle hématomèse. Les jours

suivants, douleurs épigastriques, principalement la nuit, vers 1 à 2 heures du matin, durant deux heures environ. Dans la journée, il souffre moins. A droite, au-dessus de l'ombilic, sur le muscle grand droit qui est très tendu, point douloureux à la pression. Pas de dilatation de l'estomac.

Opération. — Sur la paroi antérieure et supérieure du duodénum, près du pylore, un ulcère de la dimension d'une pièce de deux francs. Le pylore est libre. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

Melchior, *Ulcère du duodénum. — Hémorragies répétées. — Gastro-entérostomie. — Guérison* (Berl. Klin. Wochen., 1910).

Homme, trente-six ans. Il y a vingt-sept ans, le malade fut réveillé par un malaise soudain, se trouva mal, et bientôt suivit une évacuation intestinale, très noire. En même temps, vomissement abondant de matières noires. Depuis, douleurs tardives. Suit une période calme jusqu'en 1900, lorsque de nouveau les douleurs reviennent, et le malade eut des selles noires. Pas de vomissements. Bien portant l'année suivante. Appétit conservé. Sensation de pesanteur en 1902. Puis forte hémorragie intestinale avec défaillance. Jusqu'en 1906, plusieurs hémorragies.

Examen. — Estomac vide le matin à jeun. Repas d'épreuve. Acidité totale 102. Hcl : 80.

Laparatomie : gastro-entérostomie. Guérison. Ulcère de la

première portion du duodénum, à quelques centimètres du pylore.

OBSERVATION XXXIV

J. P. Zum Busch, *Ulcère du duodénum. — Forme hémorragique. — Hémorragies intestinales répétées. — Douleurs insignifiantes. — Laparotomie. — Gastro-entérostomie. — Guérison. — Mort cinq ans plus tard par cancer de l'estomac* (Münch. mediz. Woch., 12 juillet 1910).

J. K..., boucher, cinquante et un ans.

La maladie actuelle commença trois ans auparavant par de fortes hématoméses et des melœnas. Puis malaises habituels après les repas. Dix mois après, forte hémorragie intestinale (sang noir comme du goudron) ; pas d'hématémèse. En août 1903, petite hématomèse et fort melœna pendant une semaine. Quatrième crise en janvier 1904. Cinquième crise en février, les deux fois des selles comme du goudron. Les crises commencent toujours en pleine santé. Le malade ressentait de l'oppression et de l'étouffement et souvent avait des défaillances (deux fois dans la rue). Il garda souvent le lit pendant longtemps. L'appétit était toujours bon. Les douleurs avaient toujours été insignifiantes. Lorsque le malade consulta M. Z. Busch le 10 mars 1904, il avait suivi plusieurs traitements, sans résultat. On pensa à un ulcus du duodénum.

Laparotomie: le foie et les conduits biliaires normaux. A l'estomac, près du pylore, un petit ulcus. Un autre bien plus

gros au commencement du duodénum. Gastro-entérostomie antérieure. Le malade quitta le service le 3 mai 1904 guéri. Il se porta très bien jusqu'en novembre 1909, lorsqu'il commença à avoir des malaises et des renvois après les repas. A gauche, autour de l'ombilic, on sentait une résistance nette, mais non douloureuse. Les semaines suivantes son état empira; il eut des vomissements abondants et finit par ne plus pouvoir rien supporter.

Laparotomie en janvier 1910. Le duodénum fut trouvé libre. Plus trace de l'ancien ulcère. L'estomac, du pylore jusqu'au cardia, était transformé en une masse néoplasique. Le malade succomba au commencement du mois de mars. L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION XXXV

M. Quénu, *Ulcère de la première portion du duodénum.* —

Forme hémorragique (Soc. de Chirurgie. Paris, séance du 29 novembre 1910).

Femme vingt-sept ans, entrée dans le service de M. Vidal le 19 octobre, et dont l'histoire pathologique ne remontait qu'au 12 octobre. Pas d'éthylisme; pas d'antécédents morbides. Les digestions n'étaient pas douloureuses, ni même pénibles, elle ne souffrait jamais dans la région de l'estomac.

12 octobre. — Elle éprouva pour la première fois une sensation douloureuse au niveau de l'épigastre, en même temps qu'une sensation de plénitude; en voulant boire une tasse de café, elle fut prise d'un vomissement de sang abondant. L'héma-

témère ne se reproduisit plus depuis, mais la malade s'aperçut que ses matières, dès le lendemain, étaient noires.

19 octobre. — Elle entre dans le service de M. Vidal. Pâleur extrême de la peau et des muqueuses. Examen du sang : 1.3000.00 globules rouges.

Du 20 au 28 octobre selles noires. Examen du sang le 26 octobre : 900.000.

29 octobre. — Opération pratiquée par M. Quénu.

Teinte blanchâtre du péritoine sur la première portion du duodénum. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXXVI

M. Coutraud, Ulcère du duodénum. — Forme hémorragique foudroyante survenue en l'absence de tout symptôme (Soc. de Chirurgie. Paris, séance du 7 décembre 1910).

P..., trente-huit ans, en traitement pour de vagues malaises à l'infirmerie de Valmy. Une nuit, il est pris de plusieurs syncopes prolongées suivies presque aussitôt de vomissements sanguinolents. Envoyé d'urgence à l'hôpital maritime de Cherbourg où on note l'état suivant : pâle, respiration rapide, pouls à peine perceptible. Température 36°/4 ; 150 pulsations. Sub delirium intermittent ; le malade ne peut fournir aucun renseignement sur son état. Dans la soirée suivante deux vomissements abondants, noirâtres. Le lendemain état somnolent. Pouls 120, à peine perceptible. Langue blanche. Selles involontaires. Ergotine. Mort dans la nuit.

Autopsie. — On trouve dans la deuxième portion du duodé-

num un ulcère rond, unique, de la dimension d'une pièce de 2 francs, siégeant à la face postérieure de l'intestin au niveau de l'abouchement du canal de Wirsung, creusé en entonnoir ; l'orifice externe est obturé par des adhérences qui l'accolent à la tête du pancréas ; on voit sur ses bords une artère béante, la pancréatico-duodénale, source des hémorragies intestinales. Reins gros, néphrite interstitielle, myocarde mou.

Description. — Dans la forme hémorragique de l'ulcus duodénal, les hémorragies se manifestent presque toujours (neuf fois sur dix) par des melœnas en même temps que par des hématomèses, celles-ci pouvant être du reste tantôt légères, discrètes et rares (obs. XXVI, XXVII, XXVIII), tantôt fortes (obs. XIX, XXXIII, XXXIV, XXXV), tantôt prédominantes et l'emportant de beaucoup sur les melœnas (obs. XXXI, XXXII, XXXVI).

Ces hémorragies surviennent en général brusquement et surprennent en pleine santé les malades qui n'avaient accusé auparavant aucun trouble sérieux (obs. XIX, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI) ; dans d'autres cas leur apparition est précédée d'une période plus ou moins longue de phénomènes douloureux d'intensité variable.

Habituellement abondantes, elles s'accompagnent le plus souvent de tous les signes généraux des hémorragies graves (état syncopal, pouls défaillant, pâleur des téguments, etc.).

Leur intensité parfois est telle que les malades peuvent mourir en quelques heures ou en deux ou trois jours (obs. XXXVI).

Dans d'autres cas elles diminuent rapidement, disparaissent au bout de peu de temps (trois jours dans l'obs. XIX) et les

patients se remettent assez bien, cessent complètement de souffrir et pendant des semaines, des mois, des années même (cinq ans dans l'obs. XXXI) ne se ressentent de rien et continuent leur vie habituelle, jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise. En somme, début brusque et abondance des hémorragies, rapide retour à la santé, une fois celles-ci disparues, peu d'intensité des phénomènes douloureux nous paraissent autant de points importants à signaler dans l'histoire clinique de la forme hémorragique de l'ulcus duodénal.

Peu à peu les crises se rapprochent, deviennent plus fortes, durent plus longtemps, et ne permettent plus aux patients de se remettre en quelques jours (obs. XXIX); les intervalles de bonne santé qui les séparent sont plus courts, moins calmes; des brûlures ou des douleurs tardives surviennent; par leur persistance et leur répétition les hémorragies affaiblissent considérablement les malades, qui malgré tous les traitements médicaux institués tombent dans un état d'anémie profonde, mortel à brève échéance.

Le pronostic des hémorragies dans l'ulcus duodénal est très sérieux; heureusement, les quelques bons résultats que l'on a pu obtenir par l'intervention chirurgicale dans des cas assez graves, permettent d'espérer que grâce à un diagnostic et à une action opératoire précoce, ce pronostic sera moins sombre (Vautrin, 128, Quénu, 113).

3° Forme latente. — Des individus n'ayant jamais éprouvé le moindre trouble digestif sont pris brusquement, en pleine santé, d'une douleur abdo-

minale extrêmement violente, s'accompagnant peu à peu de tous les signes d'une péritonite généralisée qui emporte le malade souvent en quelques heures. L'autopsie montre que cette péritonite a été provoquée par la perforation d'un ulcus duodénal qui était resté silencieux jusqu'à l'apparition d'une de ses plus redoutables complications. C'est ainsi que se présente l'ulcus du duodénum dans sa forme latente, qui est assez fréquente. Mais, à côté de ces cas absolument silencieux, il y en a d'autres, les plus intéressants peut-être, qui n'ont donné lieu pendant la vie qu'à des troubles vagues, inconstants, imprécis, se traduisant le plus souvent par des phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice et il est impossible de diagnostiquer un ulcus duodénal lorsqu'on ne possède que des éléments aussi peu nets ; pourtant, un examen attentif et méthodique des fèces, dans les cas où le syndrome sensitivo-moteur existe sans une raison sérieuse, pourrait peut-être fournir des renseignements d'autant plus précieux que le pronostic de l'ulcus latent est très grave et une intervention précoce l'influencerait très favorablement.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ulcus du duodénum ne procure pas seulement une pure satisfaction scientifique, mais, comme le dit M. Mathieu, il comporte encore une sanction pratique, l'intervention chirurgicale — gastro-entérostomie ou pylorectomie — paraissant l'influencer très heureusement. Sans nier les difficultés que présente très souvent son diagnostic, on peut dire que dans sa sémiologie, l'ulcus duodénal vrai montre des particularités susceptibles de signaler son existence à l'examen clinique. M. Mathieu les a résumés dans les propositions suivantes :

1° La prédominance des irradiations douloureuses vers la droite, non seulement dans la région sous-hépatique, mais aussi vers la base droite du thorax, et la prédominance de la douleur provoquée par la palpation à droite de la ligne médiane dans la direction de la région pylorique et vésiculaire ;

2° L'absence de signes de sténose permanente ou intermittente du pylore ; c'est-à-dire :

a) Absence de stase alimentaire ou de grande hypersécrétion avec présence dans l'estomac d'une quantité notable de liquide à jeun ;

b) Absence de grande dilatation révélée par l'examen clinique habituel ou par l'examen radioscopique de l'estomac ;

c) Absence de contractions péristaltiques visibles.

3° L'irrégularité relativement précoce de l'horaire des crises qui cessent d'être tardives et leur résistance plus marquée à l'action calmante des ingestions alimentaires et des alcalins.

Lorsque, à ce tableau clinique, viennent se surajouter des hémorragies, se manifestant soit par des hématomèses, ou, ce qui est le cas le plus fréquent, par des mœlenas abondants, à début brusque, éclatant en pleine santé, soit par des suintements sanguins décelables seulement par des réactions de laboratoire, les probabilités en faveur d'un ulcus du duodénum peuvent atteindre un degré très voisin de la certitude.

Malheureusement, le tableau symptomatique que nous venons de présenter est un peu schématique, et on le rencontrera rarement au complet. Sans parler des cas latents, qui ne se révèlent que par une complication, le plus souvent mortelle — hémorragie foudroyante ou perforation — les malades n'ayant jamais auparavant éprouvé le moindre malaise, il y en a d'autres dans lesquels un ou plusieurs symptômes, ou bien pourront manquer, ou bien par leur prédominance, changeant l'aspect général de la maladie, contribueront à faire dévier le diagnostic.

Les affections avec lesquelles on peut confondre

l'ulcus du duodénum sont nombreuses, et le diagnostic différentiel dont il nous reste maintenant à parler, présente dans certaines circonstances de réelles difficultés.

Le diagnostic différentiel est à faire, tout d'abord, avec toutes les affections abdominales procédant par crises douloureuses.

En premier lieu, c'est avec les accidents de la lithiase biliaire que l'on peut confondre le plus facilement l'ulcus duodénal; les erreurs de diagnostic ne sont pas rares; elles sont fréquentes lorsqu'un ictère vient compliquer l'ulcus; elles deviennent inévitables lorsque les deux affections coexistent; on pense à l'une d'elles seulement, dans l'espèce à la lithiase biliaire qui est la plus fréquente, et on néglige l'autre; mais si le diagnostic est difficile, il n'est pas impossible, et on arrivera à le faire par une séméiologie bien conduite.

De tous les accidents de la lithiase biliaire, c'est surtout de la colique hépatique qu'il faut différencier l'ulcus du duodénum. On se basera sur les caractères de la crise, des douleurs et de l'examen physique.

a) Les crises douloureuses dans la lithiase biliaire sont plus capricieuses dans leur apparition et dans leur durée; elles surviennent brusquement, subitement, frappant le malade en pleine santé; elles éclatent plusieurs heures après les repas, et très souvent, tardivement, dans la nuit; leur durée est

moins longue que dans l'ulcus, et ne se prolonge que rarement plus de deux à trois jours.

b) *La douleur* est plus forte que dans l'ulcus duodénal ; elle est en général atroce, intolérable, d'une violence extrême, arrachant des cris aux malades les plus énergiques, et souvent ne peut être calmée que par la morphine. De son point de départ, qui est la région vésiculaire, elle irradie de préférence dans l'épaule droite (signe très important, cette irradiation étant exceptionnelle dans l'ulcus du duodénum). L'ingestion des aliments et les alcalins n'ont aucune action sur la douleur, l'estomac étant complètement intolérant pendant les crises et les vomissements étant la règle ; — c'est le contraire qui a lieu dans l'ulcus, tout au moins au début. La cessation de la douleur est de même que son apparition, subite, le malade éprouvant immédiatement après sa disparition un grand soulagement.

Très souvent, une série de *frissons* intenses et répétées accompagnent la crise douloureuse dans la lithiase biliaire ; quelquefois, il peut y avoir un véritable état fébrile, avec une température à 40 degrés, suivi d'un stade de sueurs. C'est exceptionnellement qu'on a cité, dans l'ulcus duodénal, une légère élévation de température (Umber).

L'ictère qui survient souvent lorsque l'accès se prolonge peut se rencontrer dans l'ulcus du duodénum, mais beaucoup plus rarement que dans la lithiase.

On observe enfin, dans cette dernière affection, un

état nerveux assez violent, les malades sont extrêmement agités, se roulent sur leur lit et se plaignent avec violence.

c) *L'exploration physique* pourra fournir des renseignements importants, surtout dans les intervalles calmes : on trouvera dans la lithiase biliaire d'abord le foie tuméfié et douloureux ; ensuite on pourra déterminer trois points présentant un maximum de sensibilité :

1° Un point vésiculaire, facile à confondre avec le point duodénal.

2° Une zone douloureuse à la pression, siégeant à la base postérieure de la région thoracique droite (signe indiqué par Boas).

3° Un point sensible déterminé par la pression de l'extrémité antérieure de la onzième côte (Binet, de Vichy, *Arch. des mal de l'app. dig.*, mars 1911).

L'existence de ces deux derniers signes plaide en faveur d'une affection hépatique.

L'examen des fèces sera généralement négatif en ce qui concerne la présence de l'hématine ; par contre, dans certains cas heureux, on pourra, en cas de coliques expulsives, trouver des calculs dans les selles.

Le diagnostic sera plus difficile, lorsqu'il s'agira, non plus d'une colique hépatique franche, mais d'une *colique vésiculaire*.

Dans ce dernier cas la douleur est en général moins vive, elle occupe le point cystique, quelquefois elle siège à l'épigastre ; l'ictère fait défaut, les nausées

et les vomissements sont fréquents, la constipation habituelle, et la recherche des calculs dans les selles est négative ; c'est par l'examen physique qu'on arrivera à faire le diagnostic. Dans la colique vésiculaire, en effet, on trouvera les trois points douloureux signalés ; en outre la vésicule sera fréquemment accessible, soit sous forme d'une tumeur allongée, cylindrique, soit sous forme globuleuse, plus difficile à apprécier.

Les calculs du cholédoque provoquent parfois des accès pénibles, et, comme d'une part dans quelques cas l'ictère peut manquer, comme d'autre part, par la palpation on détermine une sensibilité nette dans la zone pancréatico-cholédocienne, zone dans laquelle se projette en même temps le duodénum, on comprend que la confusion puisse être possible. La notion de coliques hépatiques antérieures tranchera la question.

On se rappellera enfin que le lithiasé biliaire est bien moins fréquente chez l'homme que chez la femme.

Parmi les affections du pancréas, il en est un certain nombre qui procèdent par crises douloureuses paroxystiques, et dont on sera amené parfois à différencier l'ulcus duodénal.

Ce sont en général les lésions du corps de la glande pancréatique, que ces lésions soient de nature inflammatoire ou néoplasique, qui se signalent par des phénomènes douloureux, quelquefois terribles, dus à une irritation du plexus solaire.

Les pancréatites aiguës, à début brusque, dramatique, à syndrome péritonitique, simulent le début et la marche d'un ulcus perforé.

Les pancréatites chroniques se traduisent dans certains cas par une série de crises douloureuses, de coliques pancréatiques, surtout lorsqu'il s'agit d'une lésion lithiasique.

Ces coliques pancréatiques sont caractérisées d'après Mayo Robson, Opie, Korte par une douleur spontanée et provoquée, médiane, s'irradiant dans la région interscapulaire ou vers l'épaule gauche ; le rejet des calculs par les selles est un signe de certitude de cette affection.

L'examen des fèces permettra en outre de reconnaître dans certains cas une mauvaise utilisation des graisses et la découverte de débris de viande non altérée.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire sera positive.

Le cancer du corps du pancréas se distinguera par son évolution très rapide aboutissant à une cachexie profonde.

Les coliques néphrétiques se distingueront surtout par l'irradiation caractéristique de la douleur (aine, verge, scrotum) et par l'adjonction de symptômes en rapport avec l'irritabilité vésicale.

Parmi les *affections intestinales*, c'est avec l'appendicite que le diagnostic différentiel est à faire en premier lieu.

Dans l'*appendicite aiguë*, l'état fébrile accompa-

gnant généralement les crises, la détermination d'un point douloureux dans la région de Mac Burney, la forte réaction péritonéale, sont des éléments suffisants pour éclairer le diagnostic.

L'appendicite chronique donne lieu à un tableau clinique se caractérisant par des phénomènes variés : troubles dyspeptiques douloureux, pâleur et tendance syncopale, nausées, douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, souvent plus marquées la nuit, se diffusant quelquefois dans tout le ventre, enfin, quelquefois de véritables crampes apparaissent quelques heures après les repas.

Ce tableau pouvant se voir également au cours de l'ulcus duodénal, l'élément principal de diagnostic sera fourni par l'examen physique ; une palpation méthodique et répétée à plusieurs reprises, permettra de constater un appendice sensible à la pression ou, dans des cas plus rares, un peu augmenté de volume.

Il est important de signaler la coexistence assez fréquente de l'ulcus duodénal et de l'appendicite ; des faits d'ulcères perforés du duodénum consécutifs à cette dernière affection étaient connus depuis longtemps, et Dieulafoy a consacré à ce sujet une leçon clinique (Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, 1905) basée sur un cas de son service et sur plusieurs observations recueillies dans la littérature médicale anglaise. Paterson (100) estime à 60 o/o la proportion de ceux qui, opérés pour un ulcus, sont porteurs d'une lésion appendiculaire ; c'est en admettant la

coexistence de ces deux affections, que cet auteur explique la persistance parfois des douleurs après l'extirpation d'un appendice malade et leur disparition, à la suite d'une gastro-entérostomie. Dans un cas de Kühn (62) les crises douloureuses persistaient avec la même intensité deux ans après l'appendicectomie.

Parmi les *gastropathies non ulcéreuses*, le diagnostic différentiel est à faire avec :

1° *Les crises gastriques tabétiques*, qui seront en général facilement reconnues : les douleurs sont extrêmement vives, « semblant constituer le maximum de souffrances que peut supporter un être humain », s'accompagnent de vomissements répétés et d'une intolérance gastrique absolue ; apparaissent subitement, et n'ont aucun rapport avec l'alimentation ; la crise s'accompagne toujours d'oligurie et d'une dépression nerveuse très nette.

On recherchera les signes du tabes : abolition des réflexes, signe d'Argyll Robertson, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, etc.

2° *L'hyperchlorhydrie*, qui accompagne toujours l'ulcus duodénal. Il est très difficile de dire à quel moment précis débute l'ulcus, et dans les antécédents des malades qui en sont porteurs, on trouve tout un passé gastrique dû probablement à une acidité chlorhydrique exagérée.

Seule la recherche de l'hématine dans les fèces pourra donner des renseignements précis à cet égard.

3° Nous avons eu en vue jusqu'à présent la forme

douloureuse de l'ulcus duodénal. Mais dans certains cas, les douleurs ne sont pas très violentes ; les malades se plaignent surtout d'éprouver une sensation de poids épigastrique, de pesanteur, de ballonnement du ventre ; ces malaises n'ont aucun horaire, peuvent durer toute la journée, avec des paroxysmes tardifs quelquefois ; et pendant de longs mois, pendant des années même, ce sont les seuls troubles que les malades accusent avant l'apparition de phénomènes plus précis, mettant sur la voie du diagnostic. Il en est ainsi dans bon nombre de cas d'ulcus latents se terminant par une complication, mortelle le plus souvent, péritonite ou hémorragie foudroyante.

Ce sont ces malades qui sont traités comme des névropathes, des neurasthéniques et certainement la confusion est très facile à faire, tant que le tableau clinique reste vague et imprécis.

C'est surtout dans ces cas que l'examen coprologique pourra donner des renseignements très utiles, en faisant constater des troubles de digestion duodénale et des hémorragies occultes.

Lorsque ce sont les hémorragies qui prédominent dans la symptomatologie de l'ulcus duodénal, le diagnostic différentiel doit être fait tout d'abord avec un certain nombre d'affections qu'il sera en général facile d'éliminer : les hémorroïdes, la dysenterie ulcéreuse, les affections tuberculeuses intestinales, les ulcérations toxiques, seront reconnues sans grande difficulté.

Le cancer de l'intestin saigne en général très peu ; il y a en outre des signes de sténose intestinale.

Certains *parasites* peuvent donner lieu à des hémorragies quelquefois graves ; en particulier le trichocéphale et l'ankylostome ; on recherchera dans les fèces les œufs de ces parasites intestinaux.

L'appendicite peut s'accompagner dans certains cas d'hémorragies sérieuses, qui peuvent reconnaître pour cause, ou bien des altérations hépatiques et sanguines, ou bien l'existence, en même temps que la lésion appendiculaire, d'un ulcus duodénal. Ces hémorragies peuvent se traduire par des hématomèses ou par des melœnas. La notion de crises appendiculaires antérieures et l'examen physique aideront à faire le diagnostic.

Certaines *affections hépatiques*, s'accompagnant d'hypertension portale, donnent lieu à des hémorragies quelquefois mortelles. Les manifestations cliniques propres au syndrome d'hypertension de la veine porte, permettront de faire le diagnostic : ces manifestations sont : la splénomégalie, les hémorroïdes, l'ascite, les circulations collatérales de la paroi thoraco-abdominale, les modifications du débit urinaire.

Mais le diagnostic différentiel le plus important et quelquefois le plus difficile, est à faire *avec l'ulcus gastrique*, et ceci nous amène à parler du diagnostic de localisation de l'ulcus duodénal.

Celui-ci doit être avant tout différencié de l'ulcère de l'estomac, qui se présente avec des caractères

différents suivant son étendue, sa profondeur, ses rapports avec les autres organes et surtout suivant sa localisation ; à ce point de vue, l'ulcus gastrique peut occuper soit le corps de l'estomac, soit la région pylorique.

a) *Ulcus du corps de l'estomac.* — Dans 24 o/o des cas environ, l'ulcère siège sur le corps de l'estomac ; il occupe le plus souvent le voisinage de la petite courbure (36 o/o) ou bien la face postérieure (25 o/o). Exceptionnellement la face antérieure, la grande courbure ou la grosse tubérosité. Ne déterminant que très rarement par voie réflexe des phénomènes de spasme pylorique, ces ulcères n'ont pas de symptomatologie caractéristique ; souvent ils restent latents, ou bien, dans certains cas, se traduisent par des phénomènes de dyspepsie nerveuse banale, liée du reste à un état névropathique qui leur est souvent associé. D'autre part, l'absence de phénomènes pyloriques (hypersécrétion continue, dilatation de l'estomac, contractions péristaltiques visibles) est commune à l'ulcus duodénal et à l'ulcus gastrique siégeant à distance du pylore. Le diagnostic différentiel pourra se faire en tenant compte des éléments suivants qui appartiennent à l'ulcus de l'estomac :

- a) Fréquence plus grande chez la femme ;
- b) Absence de retentissement de la douleur vers la droite ;
- c) Absence de douleur provoquée par la palpation dans la région pyloro-vésiculaire ;

d) **Prédominance des hématomèses sur les mélanas.**

Il faut dire aussi que ces éléments n'ont pas une valeur absolue ; dans un cas d'ulcus de la petite courbure cité par Achard (1), l'irradiation de la douleur à droite était très nette ; Sk. Kemp (59) cite également 2 cas (sur 50) d'ulcus gastrique dans lesquels la douleur de même prédominait à droite ; mais ce sont là à vrai dire des cas exceptionnels.

b) *Ulcus de la région pylorique.* — Dans la très grande majorité des cas (76 0/0) l'ulcus chronique occupe la région pylorique, et la gêne qu'il apporte dans le fonctionnement du pylore donne lieu à un tableau clinique caractéristique. La symptomatologie de l'ulcus pylorique est fonction de deux éléments : 1° un élément anatomique : il se produit, en effet, autour de l'ulcus, une réaction inflammatoire ayant pour résultat la formation d'un tissu cicatriciel rétractile, aboutissant à la formation d'une sténose plus ou moins prononcée du pylore ; 2° à cet élément vient se surajouter un facteur spasmodique, dû à une irritation permanente de la région pylorique, irritation entretenue par la lésion ulcéreuse. Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces deux éléments, l'aspect clinique de l'ulcus pylorique, tout en étant dans ses grandes lignes celui d'une sténose du pylore, présente un certain nombre de particularités dues au degré plus ou moins avancé de cette sténose.

Lorsque l'ulcère détermine par son siège et son

étendue un rétrécissement important de l'orifice pylorique, il se traduit par les signes des grandes dilatations gastriques avec stase :

- 1° Présence dans l'estomac le matin à jeun d'abondants résidus alimentaires mélangés à une grande quantité de suc gastrique ;
- 2° Vomissements abondants ;
- 3° Atonie gastrique ;
- 4° Grande dilatation de l'estomac ;
- 5° Contractions péristaltiques ;
- 6° Hyperchlorhydrie notable ;
- 7° Douleurs vives à type tardif.

Cet ensemble clinique était connu en somme depuis longtemps. Reichmann, en 1882, l'avait très bien constaté sur un certain nombre de ses malades. De nombreuses théories essayèrent d'expliquer ce syndrome, qu'on appelait « maladie de Reichmann », mais c'est seulement en 1897 que M. Hayem, dans une communication faite à l'Académie de médecine de Paris, démontra que ce tableau clinique était sous la dépendance d'une sténose pylorique ou sous pylorique d'origine ulcéreuse.

Mais dans beaucoup de cas, l'ulcère, peu étendu, peu profond, ne cause pas de lésions importantes et ne détermine que des signes de sténose peu prononcée. Il se traduit par des douleurs tardives, plus ou moins vives, par une rétention alimentaire modérée, par la présence le matin à jeun d'une certaine quantité de liquide résiduel. Ce sont des formes d'intensité moyenne, survenant par crises

intermittentes. Soupault et Hartmann expliquaient les douleurs tardives et l'hypersécrétion par la contraction d'un pylore ulcéré ou tout au moins hyperesthésié par le voisinage de l'ulcus.

Dans certains cas enfin, très atténués, l'ulcus ne se révèle que par des douleurs très peu intenses et par une hypersécrétion très modérée.

En somme, que l'ulcus détermine une sténose pylorique plus ou moins complète, ou bien qu'il ne provoque qu'un spasme douloureux du pylore, un des éléments essentiels de sa symptomatologie est l'hypersécrétion ; abondante, avec stase alimentaire, dilatation et atonie gastrique en cas de sténose organique ; modérée, avec faible rétention alimentaire lorsque l'élément spasmodique prédomine.

Et pour produire cet ensemble symptomatique, la lésion ne doit remplir qu'une seule condition : intéresser l'anneau pylorique son siège précis n'ayant qu'une importance secondaire ; le syndrome ainsi décrit, traduit donc l'existence d'un ulcus pylorique ou juxta-pylorique, et « par juxta-pylorique il faut entendre un ulcus situé au voisinage du pylore, soit un peu en avant, vers l'antra prépylorique, soit un peu en aval vers le duodénum » (A. Mathieu).

L'intégrité du pylore constitue donc le caractère essentiel qui différencie l'ulcus juxta-pylorique de l'ulcus duodénal vrai, ce dernier devant siéger, suivant la définition de M. Mathieu, à une distance

suffisamment éloignée de l'anneau pylorique, pour que celui-ci ne soit ni entamé, ni touché.

Les chirurgiens anglais et américains (Moynihan, 91 ; Mayo Robson, 84 ; les frères Mayo, 85, etc.) qui, au cours de ces dernières années, ont étudié particulièrement la question de l'ulcus duodénal, établissent entre celui-ci et l'ulcus gastrique une distinction d'ordre anatomique, représentée par la veine pylorique, qui, « point de repère très important » (Maynihan), servirait à délimiter extérieurement le pylore du duodénum.

La veine pylorique, que Latarjet propose d'appeler « veine infra-pylorique » (66) chemine verticalement un peu à gauche du pylore sur son versant gastrique (Moynihan) et va se jeter dans les veines de la grande courbure ; tout ce qui se trouverait à droite de la veine serait duodénal, tout ce qui serait à gauche serait stomacal ; l'ulcus se manifestant soit par une tache rouge, lorsqu'il est en activité, soit par une tache blanchâtre, cicatricielle lorsqu'il est ancien, il serait ainsi facile, grâce à cette veine, de savoir s'il occupe l'estomac ou le duodénum.

Ce point de repère, auquel les chirurgiens anglais et américains attribuent une importance de premier ordre, n'a en réalité qu'une valeur relative ; il n'est en effet nullement démontré que la veine pylorique corresponde exactement à la « falaise pylorique » qui constitue la véritable frontière séparant le pylore du duodénum. Les chirurgiens et les anatomistes français ont prouvé qu'elle était inconstante et que

son siège était très variable quand elle existait (Souligoux, 119 ; Tuffier, 125 ; Delbet (*Paris médical*, juin 1911), Tramblin et Fontan, 123, Latarjet, 66, Dujarier (*Journal médical français*, septembre 1911), P. Delbet (*Bulletin médical*, 23 janvier 1912).

Le rôle prépondérant que les auteurs anglo-américains font jouer à la veine pylorique, pour différencier l'ulcus gastrique de l'ulcus duodénal, explique la grande fréquence qu'ils attribuent à ce dernier la très grande majorité des cas décrits par ces auteurs comme ulcus du duodénum, n'étant en réalité que des cas d'ulcus juxta-pylorique ; le « syndrome pylorique » de Soupault et Hartmann, qui désigne un ensemble clinique net et constant et établit entre l'ulcus de l'estomac et l'ulcus du duodénum une distinction fondée sur la clinique et la physiologie, ne peut donc pas devenir un « syndrome duodénal » tel que le proposent les chirurgiens anglais et américains.

Il est de première importance, comme le dit Dujarier, tant pour la symptomatologie que pour le traitement, de reconnaître trois types dans l'ulcus gastro-duodénal : le premier, de beaucoup le plus fréquent de tous, est l'ulcus pylorique et juxta-pylorique, qu'il soit gastro-pylorique ou duodéno-pylorique.

Le second est l'ulcère gastrique, situé sur l'estomac, à distance du pylore.

Le troisième est l'ulcère duodénal, situé sur le duodénum, à distance du pylore ; c'est le seul qui mérite le nom d'ulcus vrai du duodénum.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom d'ulcus duodénal vrai, nous entendrons, suivant la définition de M. A. Mathieu, l'ulcus siégeant en plein duodénum, à une distance suffisamment éloignée du pylore pour que la valvule pylorique ne soit ni entamée par l'ulcération, ni touchée par un processus inflammatoire qui en dépend, et qui pourrait donner lieu à des phénomènes de sténose spasmodique d'origine réflexe.

II. — L'ulcus duodénal ainsi défini est une affection relativement rare et par rapport à l'ulcus gastrique il se rencontre dans la proportion de 1 p. 10.

III. — Les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes (75 o/o hommes pour 25 o/o femmes).

IV. — L'ulcus duodénal procède par poussées paroxystiques plus ou moins prolongées, séparées par des intervalles de calme d'une durée plus ou moins longue : chaque poussée est constituée par un certain nombre de symptômes dont l'ensemble contribue à donner à l'ulcus duodénal une séméiologie propre qui est suffisamment caractéristique pour signaler son existence à l'examen clinique.

V. — Les symptômes principaux de l'ulcus duodénal sont :

1° *La douleur.* — D'intensité variable, survenant en général trois à quatre heures après les repas, la douleur siège tantôt à l'épigastre, tantôt et surtout dans l'hypochondre droit, d'où elle irradie soit vers la région sous-hépatique, soit vers la base droite du thorax ; elle peut être provoquée ou exagérée par la palpation de la paroi abdominale à droite de la ligne médiane, dans la direction de la région pylorique et vésiculaire ; calmée par l'ingestion des aliments au début de l'affection, elle ne l'est plus à une période avancée ; en même temps son horaire devient plus irrégulier et cesse d'être tardif, sans pourtant que ce caractère appartienne exclusivement à l'ulcus duodénal.

2° Les hémorragies, se manifestant soit sous forme d'hématémèses, soit et surtout sous forme de méléna, d'intensité variable, éclatant souvent au milieu d'une santé parfaite en apparence, se répétant pendant plusieurs jours, et entraînant une anémie profonde.

3° L'absence de signes de sténose permanente ou intermittente du pylore, lorsque l'ulcus, qui dans la très grande majorité des cas siège entre l'orifice pylorique et l'ampoule de Vater, ne détermine pas de sténose cicatricielle du duodénum ; en effet, dans ce dernier cas, exceptionnel du reste, les manifestations cliniques qui en résultent sont identiques à celles que produit une sténose pylorique, et seul l'examen radioscopique peut les différencier.

VI. — On peut décrire trois formes cliniques de l'ulcus duodénal :

1° Une forme douloureuse ou commune, dans laquelle les phénomènes douloureux prédominent.

2° Une forme hémorragique dans laquelle des hémorragies répétées et abondantes le plus souvent melœniques constituent l'élément prépondérant.

3° Une forme latente ne se manifestant par aucun signe clinique appréciable et se signalant seulement par une complication tardive, perforation ou hémorragie grave.

VII. — Le diagnostic différentiel doit être fait surtout avec :

1° Les accidents de la lithiasé biliaire (colique hépatique et vésiculaire, calculs du cholédoque).

2° L'ulcus gastrique, lorsque celui-ci siège :

a) Sur la petite courbure : il se distinguera de l'ulcus duodénal par l'absence de la prédominance des douleurs vers la droite et leur retentissement vers la région dorsale.

b) Sur le pylore : l'ulcus pouvant être pylorique ou juxta-pylorique, c'est-à-dire occupant le voisinage du pylore et pouvant s'étendre soit du côté de l'estomac, soit du côté du duodénum ; il sera facile de différencier l'ulcus duodénal de l'ulcus pylorique : en effet « tout ulcère qui envahit la région pylorique présente un syndrome spécial », « le syndrome pylorique » de Soupault et Hartmann, syndrome que ne détermine jamais l'ulcus duodénal vrai, lorsque celui-

si siège à une distance suffisamment éloignée du sphincter pylorique pour ne pas déterminer des phénomènes de sténose d'origine réflexe.

Vu : le président de la thèse,

ACHARD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHARD (C.). — A propos de la symptomatologie des ulcères du duodénum et de l'estomac (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. Paris, 1910, p. 653).
2. ACHESON (M.-K.). — Duodenal ulcer (Dublin, J. of Med. Sc., 1910, p. 170-182).
3. ADLER (H.). — Diagnosis of ulcer of the stomach and duodenum by the Röntgen ray (J. Amer. Med. Assoc., 1910, p. 1725).
4. ALBUTT (C.). — Duodenal ulcer and appendix dyspepsia (Brit. M. J., 1910, p. 413).
5. BOLTON (R.). — Ueber ulcus duodeni rotundum (Wiener Med. Bl., 1900, p. 279).
6. BONNE (L.). — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum et de ses complications. Thèse de Lyon, 1905.
7. BROOKS (H.). — Three cases of duodenal ulcer, two with symptoms of acute appendicitis (Proc. N.-York Pathol. Soc., 1901, p. 81).
8. BUCQUOY. — Étude clinique sur l'ulcère du duodénum. (Arch. gén. de méd., 1887, p. 398, 526, 691).
9. BURWINKER (O.). — Klinische Beobachtungen über das peptische Duodenal geschwürs (Deutsch. med. Wochen., 1898, p. 823).
10. CAILLÉ (P.). — Que faut-il entendre par ulcus du duodénum (Archives des mal. de l'appareil digestif, avril 1911).

11. CAIRD (F.-M.). — A discussion on Duodenal ulcer ; its diagnosis and treatment (Edimb. M. J., 1911, p. 318).
12. CAMMIDGE (P.-J.). — The pancreatic reaction in the diagnosis of duodenal ulcer (Lancet, 1910, p. 398).
13. CHENEY (W.-F.). — The diagnosis of duodenal ulcer (Amer. J. M. Sc., 1911, p. 328).
14. CODMAN (E.-A.). — The diagnosis of ulcer of the duodenum (Boston med. and. Surg. J., t. CLXI, p. 767, etc., 1909).
15. COLLIN (H.). — Étude sur l'ulcère simple du duodénum. Thèse de Paris, 1894.
16. COMBY (J.). — Ulcère du duodénum chez les enfants (Arch. de méd. des enfants, 1910, p. 135).
17. COUTEAUD. — Ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1910, p. 1197).
18. DELAGENIÈRE (H.). — L'Ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1910, p. 1054).
19. DELAGENIÈRE et LANGEVIN. — L'Ulcère du duodénum (Arch. médico-chir. province, 1911, janv. et fév.).
20. DEBOVE et RENAUT. — Ulcère du duodénum.
21. DEVIC. — Ulcère chronique du duodénum (Province médicale, 1894).
22. DESTOT. — Sur l'ulcère du duodénum (Lyon médical, 1911, p. 281).
23. DESTERNES. — Radiographie du duodénum (Bull. et Mém. Soc. Radiologie méd. Paris, 1910, p. 259.)
24. DEEVER (J.-B.). — The Surgical aspect of gastric and duodenal ulcer (New-York, M. J., 1911, p. 505.)
25. DIEULAFOY (G.). — Cliniques, 1897 et 1905.
26. DOTEN. — Chirurgie de l'estomac et du duodenum.
27. DRUMMOND und MORRIS. — Diagn. und Therapie des chron. Magen und Duodenalgeschw. (Brit. M. J., 1909, 10 juillet).
28. EINHORN (M.). — Ueber das Duodenalgeschw. und seine Behandlung (Deutsche méd. Wochen., 1909, n° 37.)

29. — Eine Méthode, den Pylorus und das Duodenum zu Katheterisieren (Arch. f. Verdauungskrank, 1910, p. 727. — Anal. in Archives des mal. de l'app. dig., 1911).
30. — Erfahrungen über den Duodenalinhalt (Deutsche med. Woch., 1910, p. 1519).
31. EWALD. — Berl. Klin. Woch., 1910, n° 5.
32. — Deutsche med. Woch., 1911.
33. FERRAN (T.). — Les Ulcères du duodénum (Gazette des Hôpitaux, 11 mars 1911).
34. FOWLER (R.-S.). — Duodenal ulcer (Intern. J. Surg. New-York, 1911, p. 113).
35. FRIEDMANN (G.-A.). — Report of a case of duodenal ulcer with a suggestion as to etiologie (Med. Rec., 1911, p. 649).
36. GAULTIER (R.). — Ulcère simple du duodénum (Intern. Beitr. z. Path. und Therap. d. Ernährungsstor, 1910, p. 263).
37. — Ulcère du duodénum (Journal médical français, 1911, 15 juin).
38. — Maladies du duodénum, 1910.
39. — Les Méthodes d'exploration clinique du duodénum (Presse médicale, 27 mai 1911).
40. GOUGET. — Le Diagnostic de l'ulcère du duodénum (Presse médicale, 1911, p. 587).
41. GRAHAM (C.). — Duodenal ulcer, symptoms and diagnosis based on fortysix operated cases (Saint-Paul M.-J., 1904, p. 658).
42. GROSS (M.-H.). — Zur Diagnose des Duodenalgeschwürs (Wien. Klin. Wochen., 1910, p. 263).
43. — A Contribution to the diagnosis of duodenal ulcer (Med. Ric., 1911, p. 720).
44. GÜNZBURG. — Zur Diagnose des Duodenalgeschwürs (Deutsche med. Wochen., 1910, p. 1318).

45. HARTMANN. — Discussion à la Soc. de Chirurgie (Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1910, n° 32).
46. — Sur deux cas d'ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie, 7 mars 1911).
47. HELMHOLZ. — Ueber Duodenalgeschwüre bei der Pædatrie (Deutsche med. Woch., 1909, p. 532).
48. HERSHELL (G.). — On the diagnosis of duodenal ulcer; with special reference to the value of Cammidge's pancreatic reaction (Med. Press, 8 circ., 1910, p. 406).
49. — The Pancreatic reaction in the diagnosis of duodenal ulcer (Lancet, 1910, p. 269).
50. HERTZ (A.-F.). — Duodenal ulcer (Med. chron., 1909-1910, p. 279-288).
51. — Duodenal ulcer (Guy's hosp. Gaz., 1909, p. 332-337).
52. HOLZKNECHT. — Die Duodenalstenose durch Füllung und Peristaltik radiologisch erkennbar (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 10 mai 1910).
53. — Comment se comporte normalement le duodénum devant l'écran radioscopique (Zentralbl. f. Physiologie, 1910, p. 975. — An. in Archives des mal. de l'appareil digestif, sept. 1911).
54. HOOD (D.). — Duodenal ulcer (Clin. J., 1898-1899, p. 135).
55. HORT (E.-C.). — Medical treatment of duodenal ulcer (Brit. M. J., 1909, p. 1574).
56. — The Treatment of chronique duodenal ulcer (Brit. med. J., 1910, p. 350).
57. — An Adress on the diagnosis of gastric and duodenal ulcer (Polyclin., 1910, p. 59).
58. HUTCHINSON (R.). — Discussion on the diagnosis and treatment of duodenal ulcer (Proc. Roy. Soc. med. Lond., 1909-1910, Surgic. sect. 97).
59. KEMP (S. K.). — Ueber die Diagnose und Behandlung des

- nicht perfor. Duodenalgeschw. (Zeitschr. f. Klinische med., 1911, Bd. 72 Hft. 5, n° 6).
60. KRIELKE (A.). — Ein Fall von Krebsgeschwür des absteigenden Duodenums (Juaug. Dessert. Kiel, 1900).
61. KRUG (O.). — Beitrag zur Statistik der duodenalgeschwüre und Narben (Juaug. Disserb. Kiel, 1900).
62. KÜHNE (A.). — Zur Diagnose und Therapie des Duodenalgeschwürs (Med. Klin., 1911, p. 92).
63. KÜTTNER (L.). — Ueber das Vorkommen von ulcus duodeni im ersten Dezenium (Berliner Klin. Woch., 1907, p. 2009).
64. LADEVÈZE (F.). — Étude clinique et traitement de l'ulcère du duodénum. Thèse de Lyon, 1900.
65. LATARJET. — Ulcère du duodénum (Paris chirurgical, 1910).
66. — Anatomie de la veine infra-pylorique (Lyon chirurgical, 1^{er} oct. 1911).
67. LASPEGRES. — L'Ulcère rond du duodénum (Centralbl. f. die Grenzgebiete der Med. und Chirurg., 1902, p. 25, 157, 225).
68. LECÈNE. — Ulcère du duodénum (Revue de Chirurgie, 10 avril 1911).
69. LETULLE (M.). — L'Ulcère simple du duodénum (Presse médic., 1894, p. 333).
70. — Cancer colloïde du duodénum, développé sur un ulcère simple (Bull. et Mém. de la Soc. méd. hôp. Paris, 1897, p. 136).
71. LOEPER (M.). — L'Ulcère du duodénum, in *Maladies du tube digestif* (Debove, Achard, Castaigne), p. 255.
72. LUCIDI (G.). — Contributo alla casuistica e allo diagnosi dell'ulcera del duodeno (Corriere sanit. Milano, 1900, p. 137).
74. LYNCH (J. M.). — Duodenal ulcer (N.-York Med. J., 1911, p. 731).

75. MAROCCO (G.). — Sull'ulcera duodenale (Bull. d. clinic. Milano, 1901, p. 27).
76. MATHIEU (A.). — L'Ulcère simple du duodénum in *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, 1901.
77. — L'Ulcus du duodénum (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1910, 2 novembre).
78. — Contribution à l'étude de l'ulcus duodénal vrai (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux. Paris, séance du 2 déc. 1910).
79. — Un Cas typique d'ulcus vrai du duodénum. Académie de Médecine (Archives des maladies de l'app. dig., 1911, p. 512).
80. — L'Ulcus du duodénum (Paris médical, 1911, juin).
81. — L'Ulcère vrai et invétéré du duodénum (Rev. gén. de Clinique et de Thérap. Paris, 1910, p. 837).
82. MAYLARD (A. F.). — The Symptoms and diagnosis of duodenal ulcer (Glasgow M. J., 1910, p. 1-12).
83. MAYO (W. J.). — L'Ulcère de l'estomac et du duodénum étudiés à la faveur des opérations (Annals of Surgery, 1907, t. II, p. 870).
84. — Some Observations on the disorders of the stomach and duodenum with especial reference to ulcers (Boston M. and. S. J., 1911, p. 477-482).
85. MAYO ROBSON. — Britisch Med. J., 1906, nov.
86. MAUCLAIRE. — L'Ulcère du duodénum (Rev. gén. de Clin. et de Thérap., 1910, p. 500).
87. MELCHIOR (E.). — Ueber das chronische Duodenalgeschw. (Berl. Klin. Woch., 1910, p. 23-30).
88. MENDEL (F.). — Zur diagnose und Therapie des ulcus duodeni (Deutsche med., Wochen., 1910, p. 1701).
89. MITCHEL (A.-B.). — Duodenal ulcer; its diagnosis and treatment, with illustrative cases (Tr. Roy. Acad. M. Irland Dublin, 1907-1908, p. 76).
90. MOORE. — The diagnosis of duodenal ulcer (South. Calif. Pract., 1911, p. 61).

91. MOYNIHAN (B.-G.-A.). — Duodenal ulcer, 1910.
92. MORAN (J.-F.). — Case of chronic ulcer of the duodenum (Wash. M. Ann., 1908, p. 262).
93. NEUDÖRFER (A.). — Die diagnose des chron. Duodenalgeschw. (Arch. f. Klin. Chirurg., 8 juin 1911. Bd. XCV. H 2).
94. — Sur l'ulcère duodénal. XL^e Congrès de l'Assoc. allemande de Chirurgie. Berlin, 19-22 avril 1911.
95. OETTINGER. — De la symptomatologie de l'ulcère du duodenum. Soc. méd. des hôp. Paris, séance du 19 mai 1911.
96. PARRY. — Ulcère du duodénum. Soc. méd. de Chirurg. de Glasgow, 17 février 1911.
97. PAUCHET (V.). — L'Ulcère du duodénum (Archives des maladies de l'app. digestif, 1908, p. 95).
98. — Ulcère duodénal (Gazette médicale de Nantes, 14 octobre 1911).
99. PARRY and SHAW. — Guy's Hosp. Reports, 1894.
100. PATERSON (H.-J.). — The Association of duodenal ulcer with appendicular disease (Lancet, 1911, p. 97).
101. PEWSNER (M.). — Sur un cas d'ulcère du duodénum (Arch. f. Verdaungskr., 1908, p. 645).
102. — Ulcus duodeni (Arch. f. Verdaungskr., 1911).
103. PETRIVALSKY (J.). — Recherches cliniques sur l'ulcère du duodénum (Casop. lek. cesk. Prague, 1908, p. 664, 695, 724).
104. PILCHER (J.-F.). — The cause and relief of pain in duodenal ulcer (Amer. J. of med., 1911, p. 687).
105. POWER (D.-A.). — A clinical lecture on a case of duodenal ulcer (Clin. J. Lond., 1909-1910, p. 209).
106. RANKIN (G.). — A Clinical lecture of duodenal ulcer (Brit. M. J., 1910, p. 181).
107. REISINGER. — Ulcère duodénal. Soc. de médecine du cercle de Mayence, 31 janvier 1911.

108. RENAULT. — Gastro-entérostomie dans l'ulcère du duodénum. Thèse de Paris, 1903.
109. RICARD et PAUCHET. — Rapport au XXIII^e Congrès de Chirurgie, octobre 1910.
110. — Ulcère duodénal et son traitement chirurgical (Arch. provinciales de Chirurgie, 1910, p. 497 et Ann. intern. de Chirurg. gastro-intest., 1910).
111. ROBSON (A. W. M.). — The Pancreatic reaction in the diagnosis of duodenal ulcer (Lancet, 1910, p. 330).
112. ROMMELAERE. — Ulcère phagédénique du duodénum (Clinique Bruxelles, 1901, p. 17).
113. QUÉNU. — Bulletins et mém. de la Soc. de chirurgie, 1910, n^o 34.
114. SEYFFARTH. — Ueber das Duodenalgeschwure (Deutsche Med. Wochenschr., 1911, n^{os} 15, 16 et 17).
115. SCHERREN (J.). — On duodenal ulcer ; its diagnosis and surgical treatment (Med. Press. et Circ., 1909, p. 372).
116. SHEILD (A.-M.). — Deux cas d'ulcère du duodénum (Lancet, 1895, p. 1169).
117. SIMMONDS. — Ueber Duodenalgeschwure bei Kindern. (Münch. Med. Wochen, 1898, p. 434).
118. SOHLERN (Von). — Ein Beitrag zur diagnose des Duodenalgeschwure (Med. Klin., 1908, p. 1949).
119. SOULIGOUX. — L'Ulcère du duodénum (Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1910, p. 1088).
120. SMITH (F.-J.). — A clinical lecture on gastric and duodenal ulcer. (Brit. M. J., 1910, p. 673).
121. SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac, 1906.
121. SPRIGGS. — An address on the treatment of gastric and duod. ulc. (Brit. M. J., mai 1910).
122. THOMPSON (A.). — Diagnostic et traitement de l'ulcère chronique de l'estomac et du duodénum. (Brit. Med. J. 13 mars 1909 (In Archives des mal. de l'app. dig., 1909)).

123. TRAMBLIN et FONTAN. — La Veine prépylorique (Province médicale, 17 juin 1911).
124. TUFFIER et AUBOURG. — Radioscopie du duodénum (Presse médicale, 29 avril 1911).
125. TUFFIER. — L'Ulcère du duodénum (Bull. et Méd. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 9 nov. 1910).
126. UMBER (A.). — Ulcus du duodénum (Therapie d. Gegenwart, 1910, n° 10).
127. — Soc. médic. de Hambourg (in Munch. Med. Wochen, 1910, p. 1314).
128. VAUTRIN. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum (Arch. génér. de chir., 1910, p. 771).
129. VOLKHART (H.). — Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Duodenalgeschwure (Inaug. dissert. München, 1902).
130. WILMS. — Das Erkennen und die Behandlung des nicht perforierten duodenal ulcus (Münch. Med. Wochenschr., 1910, p. 673).
131. WILKIE. — Embolies veineuses rétrogrades comme causes d'ulcères gastriques et duodénaux aigus (Edimb. med. journ., 1911, p. 391).
132. WINIWARTER. — Ulcère du duodénum (Scalpel et Liège Med., LXII, p. 695).
133. WITHE (W.-H.). — Duodenal ulcer. (Boston M. a. S. J. 1911, p. 482).
134. ZESAS (A.-G.). — Das Duodenalgeschwure und seine chirurgische Behandl. (Deutsche. Zeitschr. f. chirurgie, 1910, p. 494).
135. ZUM BUSCH (J.-P.). — Ein Beitrag zur Erkennung und Behandlung der nicht perforierten Duodenalgeschwüre (Münch. Mediz. Woch., 1910, p. 1481).

153